FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jacques PARRICAL de CHAMMARD

Né le 8 Septembre 1927. à Neuilly-sur-Seine (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ELEMENTS DU PRONOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC APRES LA GASTRECTOMIE.

Président : Mr. P. FUNCK-BRENTANO, Professeur.

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VI[e]
1962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN : ..... Léon BINET,
Membre de l'Institut.

Ier ASSESSEUR : ..... Jean VERNE
2me ASSESSEUR : ..... Gaston CORDIER

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	(JAYLE (M.-F.) (SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la	

MM.

chirurgie (Lariboisière) ..... N...
Histologie ..... VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive ..... JOANNON (P.)
Médecine du Travail ..... DESOILLE (H.)
Médecine légale ..... PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie) ..... FASQUELLE (R.)
Parasitologie ..... GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale ..... HUGUIER (J.)
Pathologie exotique ..... LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée ..... MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale ..... MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire ..... TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales ..... BOUDIN (G.)
Pharmacologie ..... CHEYMOL (J.)
Physiologie ..... (BINET (L.)
(BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale ..... LEPAGE (F.)
Physique médicale ..... (DOGNON (A.)
(DJOURNO (A.)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..... N...
Thérapeutique ..... CONTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale ..... (DESGREZ (P.)
(POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Embryologie ..... TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive ..... DEPARIS (M.)
Parasitologie ..... BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G.)
Pharmacologie ..... LEVY (Mlle J.)
Physiologie ..... PARROT (J.)
Physique médicale ..... KELLERSHOHN (L.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Pitié ..... CORDIER (G.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) ..... MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca) ..... FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) ..... CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales (Boucicaut ..... LENEGRE (J.)
(Broussais ..... SOULIE (P.)
(Cochin ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)

MM.

Cliniques médicales	(Cochin	BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Lariboisière	SEZE (S. de)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M.)
	(Foch(Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Médecine	MM. (BOUR (H.) (LHERMITTE (F.) (PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie	MM. (CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (GILLOT (C.) (OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) (Pr. s. ch. (ABELANET (R.) (BUSSER (F.) (CHOMETTE (G.) (GOUYGOU (Ch.), M. conf. (NEZELOFF (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOURC'H (G.)
Bactériologie	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	(BAULIEU (Et.) (M. conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) (DREYFUS (J.-Cl.) (GONNARD (P.) (KRUH (J.) (JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	(BOIRON (M.) (DENOIX (P.) (MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)

MM.

Dermato-syphiligraphie	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	(BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER (G (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)
Histologie	(COUJARD (R.), Pr. s. ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie	(BESANÇON (F.) (CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.), Pr. s. ch. (BLANCHER (G.) (CORRE-HURST (Mme L.) (SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.), Pr.s.ch. (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)
Orthopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)

MM.

Parasitologie ..... (GOLVAN (Y.)
(LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale ..... (BARCAT (J.)
(BINET (J.-P.)
(CAUCHOIX (J.)
(CERBONNET (G.)
(CHATELIN (C.-L.)
(DUBOST (Ch.)
(DUBOST (Cl.)
(FAUREL (J.)
(FLABEAU (F.)
(GARBAY (M.)
(GARNIER (H.)
(GAUDART d'ALLAINES (Cl. de)
(GERMAIN (A.)
(LATASTE (J.)
(LEVEQUE (B.)
(LOYGUE (J.)
(MERCADIER (M.)
(NATALI (J.)
(PELLERIN (D.)
(PERROTIN (J.)
(ROBERT (H.)
(THOMERET (G.)

Pathologie exotique ..... SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale ..... (BENHAMOU (J.-P.)
(BERTHAUX (P.)
(BOIVIN (P.)
(CROSNIER (J.)
(HARTMANN (L.)
(LOEPER (J.)
(MAURICE (J.)
(MIKOL (Cl.)
(RICHET (G.)

Pathologie médicale ..... (AUSSANNAIRE (M.)
(BOUVIER (J.)
(BOUVRAIN (Y.)
(BRICAIRE (H.)
(BRISSAUD (H.)
(BROCARD (H.)
(BUGE (A.)
(CATINAT (J.)
(CHRETIEN (J.)

MM.

Pathologie médicale	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
	WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.)
	DEJOURS (P.)
	DURAND (J.)
	GIRARD, M. conf.
	HUGELIN (A.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.)
	GOUGEROT (L.), M. conf., Pr. s. ch.
	GREMY (F.), M. conf.
	MILHAUD (G.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.), M. conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)

MM.

Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.), M. conf. agr.
Thérapeutique	GRELLET (M.) CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.), Pr.s.ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)

Secrétaire principal ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur ..... Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires ..... (Mmes CONTET (J.),
(FORGET (F.),
(Mlles LAURENT (H.),
(LE NOIR (G.),
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, L'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Ce travail a été réalisé

dans

le Service de Chirurgie

(Docteur BEUZART - Docteur DEVIMEUX)

et dans

le Service de Gastro-entérologie

(Docteur FUMERY)

du

Centre Hospitalier de FONTAINEBLEAU

En hommage reconnaissant à la mémoire de tous les membres de ma famille qui, depuis de nombreuses générations, m'ont précédé dans l'exercice de la chirurgie et légué leur exemple.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

Je voudrais, en vous dédiant ce travail vous témoigner de mon amour, de mon respect, de ma piété filiale.

A MON FRÈRE ET AMI

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Paul FUNCK-BRENTANO

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

Dix-huit mois d'Externat accomplis sous votre direction, les précieux encouragements qu'en maintes circonstances j'ai trouvés auprès de vous, m'ont autorisé, Monsieur, à vous demander de bien vouloir assumer la Présidence de cette Thèse.

Votre acceptation m'est apparue comme un témoignage renouvelé de votre inépuisable bienveillance.

Qu'il me soit permis de vous exprimer mes sentiments de très vive reconnaissance et mon respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Jacques BEUZART

Ancien Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

Ancien Chirurgien-assistant des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Fontainebleau

Vous m'avez, Monsieur, accueilli dans votre service, fait bénéficier de votre savoir, toujours témoigné la plus grande indulgence et le plus bienveillant intérêt.

Veuillez trouver ici l'expression de mon respect, de mon admiration, de ma fidélité.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Pierre DEVIMEUX

Ancien Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté
Ancien Chirurgien-assistant des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Fontainebleau

Soyez assuré, Monsieur, de mes sentiments profonds de reconnaissance pour l'enseignement que vous m'avez prodigué. Permettez-moi de vous remercier d'avoir bien voulu me confier ce travail et de m'avoir si utilement guidé, pas à pas, dans sa réalisation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Jean FUMERY

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris,

Membre de la Société Française de Gastro-entérologie,

Médecin de l'Hôpital de Fontainebleau,

Vous avez permis, Monsieur, que ce travail s'enrichisse de votre expérience et de vos conseils ; veuillez bien agréer la sincère expression de mes sentiments de vive gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE Henry G. ROBERT

En témoignage d'affectueuse gratitude pour l'amical accueil et les marques de sympathie qu'il m'a toujours réservés dans les différents services de chirurgie où, tout jeune Externe, puis, plus tard, j'ai eu la grande satisfaction de travailler sous son autorité.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE B. DUPERRAT

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui nous a permis d'aborder, grâce à ses conseils éclairés, le domaine de l'histologie des cancers de l'estomac.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Ivan BERTRAND

Membre de l'Académie de Médecine,

A MONSIEUR LE DOCTEUR RUBENS-DUVAL

Médecin des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERROT

Chef de Laboratoire
à la Faculté de Médecine de Paris

dont nous avons utilisé les examens anatomo-pathologiques qui ont, dans une large mesure, permis la réalisation de ce travail.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Docteur M. THALHEIMER

Monsieur le Professeur P. FUNCK-BRENTANO

Monsieur le Professeur Agrégé G. ECALLE

Monsieur le Professeur R. COUVELAIRE

Monsieur le Professeur L. JUSTIN-BESANÇON

Monsieur le Docteur P. PETIT

Monsieur le Professeur J. SENEQUE

Aux Chefs de Service
auprès desquels j'ai rempli les fonctions d'Interne

Monsieur le Docteur G. GUESNON des MESNARDS

Monsieur le Docteur J. SOUBRANE

Monsieur le Docteur A. LE LOC'H

Monsieur le Docteur R. BOUCHARD

Monsieur le Docteur J. DULAC

Monsieur le Docteur M. TORRE

Monsieur le Docteur J.S. BOURDIN

Monsieur le Docteur J. BEUZART

Monsieur le Docteur P. DEVIMEUX

AUX MEDECINS de la REGION de FONTAINEBLEAU

sans l'amabilité desquels il nous eût été impossible d'obtenir les éléments d'information nécessaires quant aux suites opératoires éloignées.

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDE DANS CE TRAVAIL.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

La différence d'évolution des lésions cancéreuses de l'estomac est une évidence frappante : ces lésions se comportent comme s'il s'agissait, en fait, de maladies différentes.

Peut-on estimer les chances de survie de tel ou tel sujet gastrectomisé ?

Les précisions sur chaque cancer de l'estomac que permet la gastrectomie peuvent-elles faire apparaître des facteurs favorables ou défavorables ?

Contribuer, dans une certaine mesure, à l'analyse de cette question, tel est le but de cette étude vers laquelle nous avons été orienté par nos Maîtres du Centre Hospitalier de Fontainebleau.

Nous avons, dès lors, utilisé leurs observations personnelles et fait état d'un certain nombre de travaux parus en France et à l'étranger, de 1946 à 1961.

De 155 interventions, à savoir 59 gastrectomies partielles, 8 gastrectomies totales de nécessité, 23 gastro-entérostomies, 4 gastrostomies, 3 jéjunostomies, 58 laparotomies exploratrices, nous avons retenu les 67 observations de gastrectomies : 64 concernent la totalité des gastrectomies pour cancer effectuées tant en pratique privée qu'au Centre Hospitalier de Fontainebleau, de Janvier 1945 à Décembre 1956 inclus ; 3 autres cas, traités par d'autres chirurgiens, nous ont été fournis par le Service de Gastro-entérologie.

C'est uniquement dans les observations de gastrectomies que les éléments du pronostic ont été recherchés ; en effet, l'expérience a prouvé que, lorsque, seule, une intervention palliative a été possible, les chances de survie de plus de cinq ans sont, pratiquement, inexistantes :

LAMBLING et DAUPHIN, rapportant 166 cas de cancers gastriques traités entre 1934 et 1956, n'ont constaté aucune survie chez les malades n'ayant subi qu'une intervention palliative.

WEISS et HOLLANDER, s'agissant de 102 cas de gastro-entérostomie, mentionnent une survie moyenne de quatre mois ...

BERKSON (Mayo-Clinic) ne compte pas une seule survie de cinq ans sur 1.327 interventions palliatives et 2.596 laparotomies exploratrices ...

Nous avons arrêté la liste de nos cas aux malades ayant été opérés avant le début de l'année 1957, disposant ainsi, pour tous, d'un recul d'au moins cinq années. Sauf mention spéciale, il en est de même pour tous les travaux dont nous parlons.

Nous avons pu avoir des nouvelles de tous les opérés, sachant ainsi pour tous s'ils sont toujours en vie ou sont décédés ; mais nous n'avons pu toujours obtenir des précisions sur les circonstances du décès ; nous avons, dans ces cas, considéré qu'il était dû à l'évolution du cancer.

L'histoire clinique n'a été rapportée que lorsqu'elle nous semblait présenter un intérêt particulier ; nous nous sommes limité dans la plupart des cas au compte rendu opératoire, à l'histologie et aux suites.

Sur le plan opératoire, 64 gastrectomies ont été pratiquées par la même équipe chirurgicale et peuvent être considérées comme homogènes quant à leurs indications :

- Une exploration chirurgicale a été pratiquée aussi souvent que possible, en étant seuls écartés les cas où existaient des métastases cliniquement décelables à distance : ganglion de Troisier, poumons, Douglas, péritoine, plans superficiels ...

- Les indications de la gastrectomie ont été poussées au maximum des possibilités locales d'exérèse : gastrectomies avant tout partielles, soit des deux tiers, soit "larges" avec une section passant à 4 cm. au-dessus des lésions palpables.

Quelques gastrectomies totales de nécessité ont été effectuées ; aucune gastrectomie totale de principe.

O B S E R V A T I O N S

Nous les avons classées en trois groupes :

- Le premier comprend les opérés ayant survécu au moins cinq ans.

- Le deuxième : les décès post-opératoires.

- Le dernier : les décès survenus dans le cours des cinq premières années.

I.- OPERES AYANT SURVECU AU MOINS CINQ ANS

OBSERVATION N° 1

Monsieur C... Charles, 59 ans.

Intervention : 28 Octobre 1946 - Dr. BEUZART.

Tumeur végétante, sténosante du pylore. Gastrectomie des deux tiers. Polya.

Histologie : Dr. Ivan BERTRAND.

Epithélioma pseudo-glandulaire à type muco-secrétant. Abondante production colloïde interstitielle. Nombreux éléments en chaton de bague. Lésion ulcérée avec large envahissement pariétal. Le ganglion de la petite courbure ne comporte aucune métastase.

Classification :

Siège : Pylore.
Ganglions : indemnes.
Intervention : G.S.T.
Histologie : Epithélioma colloïde.

Evolution :

Toujours en vie fin 1961.
Aucun signe de récidive.
Ethylique.
Survie de 15 ans déjà.

OBSERVATION N° 2

Monsieur P... Etienne, 57 ans.

Intervention : 15 Novembre 1946 - Dr. BEUZART.

Estomac collé au foie par une adhérence épiploïque serrée. Tumeur infiltrée de la grande courbure. Gastrectomie des deux tiers. Polya. Pièce présentant les caractères d'un épithélioma infiltrant et par endroits ulcéro-végétant.

Histologie : N° 9338 - Dr. PERROT.

Epithélioma glandulaire cylindrique typique. Stroma fibreux, dense, avec remaniement inflammatoire très irrégulier. Le ganglion est en hyperplasie inflammatoire et ne présente aucune trace de métastase.

Classification :

Siège : Grande courbure.
Ganglions : Indemnes.
Intervention : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédé courant 1961, après une survie de plus de 14 ans. La cause du décès n'a pu être précisée, mais le sujet ne présentait aucun signe de récidive un an auparavant.

OBSERVATION N° 3

Madame H... Hélène, 52 ans.

Intervention : 22 Novembre 1947 - Dr. BEUZART.

Néo de la petite courbure prépylorique. Gastrectomie large avec ablation du petit épiploon et des ganglions de la petite courbure. Finsterer-Polya.

Histologie : Dr. Ivan BERTRAND.

Cancer gastrique à type d'épithélioma pseudo-glandulaire, infiltrant toute l'épaisseur pariétale. Le ganglion examiné est indemne de métastases.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Indemnes.
Intervention : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédée en 1953, dans des circonstances inconnues, après une survie d'un peu plus de cinq ans.

OBSERVATION N° 4

Madame J... Marie, 68 ans.

Intervention : 29 Octobre 1946 - Dr. BEUZART.

Tumeur de la petite courbure remontant assez haut avec des ganglions allant jusqu'au pancréas. Gastrectomie très large, en amorçant la section de la petite courbure immédiatement au-dessous du cardia. Section de la grande courbure au pôle inférieur de la rate.

Histologie : N° 12643 - Dr. PERROT.

Image générale d'ulcère peptique, avec, sur les bords de la brèche et en certains points de la profondeur, des plages d'épithélioma glandulaire tubuleux typique. Stroma irrégulier, plutôt dense, infiltration polymorphe. Le ganglion est resté indemne.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Indemnes.

Intervention : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédée en Mai 1958. Hémiplégie d'origine hypertensive. Survie de près de 10 ans.

OBSERVATION N° 5

Monsieur C..., 55 ans.

Clinique (Observation rapportée par le Dr. FUMERY).

Se plaignait, depuis plus de quatre ans, d'un syndrome ulcériforme, quand, en Juin 1946, un cliché a montré une vaste niche à fond irrégulier, ébauche de lacune en arc. N'a été revu qu'en Août 1949, soit vraisemblablement 6 à 8 ans après l'extrême début. Un nouveau cliché a montré une grande niche saillante de l'angle, débordant sur la petite courbure antrale cernée par une lacune en arc. Anémie hypochrome à 2.600.000

Intervention : Septembre 1949 - Dr. MAZINGARBE.

Large ulcération entourée de bourgeons (petite paume), siégeant au niveau de l'angle de la petite courbure et de l'antre. Quelques ganglions au niveau de la petite courbure. Gastrectomie subtotale.

Histologie :

Epithélioma glandulaire, vraisemblablement développé au niveau d'un ulcère. Ganglions hyperplasiés lymphoïdes sans aspect de métastase.

Classification :

Siège : Angle gastrique.
Ganglions : Indemnes.
C.R.O. : G.S.T.

Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Toujours vivant fin 1961. Avait repris 20 kg. dans la première année ayant suivi l'intervention ; cette reprise de poids rapide semble un élément très favorable. Survie de plus de 12 ans déjà, de 18 ans au moins par rapport au début de l'histoire clinique.

OBSERVATION N° 6

Monsieur C... Anatole, 49 ans.

Intervention : 25 Janvier 1950 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la petite courbure, avec grosses adénopathies du petit épiploon, remontant jusqu'au cardia. Section de l'estomac passant nettement au-delà de tous les tissus suspects. Gastrectomie large. Polya.

Histologie : N° 18091 - Dr. DUPERRAT.

Tumeur gastrique constituée par une infiltration d'éléments néoplasiques. Ces derniers sont polymorphes ; les uns, en effet, sont tubulaires ; les autres sont constitués par des cellules dissociées. Ces cellules sont en chaton de bague. Cette prolifération envahit toute l'épaisseur de la paroi gastrique. Par contre, les deux ganglions, quoique volumineux, sont indemnes de métastases.
Epithélioma polymorphe sans métastases.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Indemnes.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Toujours en vie en 1961. Aucun signe de récidive. Survie de plus de 11 ans.

OBSERVATION N° 7

Madame G... Louise, 47 ans.

Clinique :

Symptomatologie ulcériforme en Novembre 1947. Radiologie, Mars 1948 (Dr. FUMERY) : ulcus prépylorique. Début 1950, nouveaux clichés (Dr. FUMERY). On porte alors le diagnostic de cancer ulcériforme de la petite courbure en aval de l'angle.

Intervention : 2 Mars 1950 - Dr. DEVIMEUX.

Lésion à la jonction des portions verticale et horizontale de la petite courbure. Gastrectomie large. Polya.

Histologie : N° 14499 - Dr. PERROT.

Cancer ulcéré non infiltré. Epithélioma à cellules indépendantes mucipares, avec quelques plages colloïdes. Assez rares mitoses. Aucun envahissement en profondeur en dehors de la zone ulcérée où les boyaux infiltrent la sous-muqueuse.

Classification :

Siège : Angle gastrique.
Ganglions : Pas d'examen histologique.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma colloïde.

Evolution :

Toujours vivante fin 1961 ; pas de signes anormaux. Survie de plus de 11 ans.

OBSERVATION N° 8

Monsieur G... Etienne, 62 ans.

Clinique :

Souffrait de crampes au réveil depuis les pre-

miers mois de 1950. Radiologie (Août 1950 - Dr. FUMERY) : encastrement étendu aux deux courbures, à cheval sur l'antre, évoquant une linite.

Intervention : 8 Septembre 1950 - Dr. BEUZART.

Néo siégeant au niveau de l'angle gastrique. Gastrectomie des deux tiers. Polya.

Histologie : N° 15398 - Dr. PERROT.

Très importante infiltration de toute l'épaisseur de la paroi gastrique par des cellules épithéliomateuses isolées, souvent mucipares. Rares mitoses. Stroma fibreux avec infiltration polymorphe. L'image est celle d'une linite.

Classification :

Siège : Angle gastrique.
Ganglions : pas d'examen histologique.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Linite.

Evolution :

- Décédé en Juin 1960, après une survie de près de 10 ans. La cause du décès ne peut être affirmée, mais sujet éthylique.
- Il est à noter que le père du sujet et sa mère sont tous les deux décédés de cancer gastrique à 62 et 63 ans.

OBSERVATION N° 9

Madame N... Léontine, 75 ans.

Clinique : Dr. FUMERY.

Présentait une masse abdominale, volumineuse, mobile, cliniquement perceptible, qui a d'abord été vue du transverse (On a pratiqué, dans un premier temps, des clichés du colon). Les clichés gastriques ont montré une niche géante intra-gastrique pé-

diculée au pied de la petite courbure verticale. Le volume de la tumeur était tel qu'on a hésité à poser l'indication opératoire.

Intervention : 28 Mars 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la face postérieure adhérant au mésocolon. Au cours du temps d'exploration, on arrive à circonscrire le néo en coupant une lunette dans le mésocolon sans provoquer de lésion vasculaire. A partir de ce moment, on décide : gastrectomie large. Polya.

Histologie : N^{os} 25162-25163-25164 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma glandulaire hautement différencié. La propagation se fait vers l'orifice pylorique, par clivage sous-muqueux. Le ganglion prélevé dans le mésocolon est envahi par des métastases.

Epithélioma glandulaire cylindrique avec métastases ganglionnaires.

Classification :

Siège : Face postérieure.
Ganglions : Envahis.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

- Toujours en vie, en très bon état, fin 1961. Survie de plus de 10 ans déjà, et pourtant ... tumeur énorme, face postérieure, ganglions envahis...
- Signalons que la soeur de cette malade est décédée en 1955 d'un néo du sein.

OBSERVATION N° 10

Monsieur P... Henri, 57 ans.

Clinique : Sujet "balafré de l'abdomen" (bles-

sures 1914-18). Passé de 30 ans de dyspepsie hyposthénique. Radiologiquement : niche encastrée de l'angle.

Intervention : 3 Novembre 1951 - Dr. BEUZART.

Néo de l'angle de la petite courbure. Gastrectomie partielle. Finsterer.

Histologie : Dr. RUBENS-DUVAL.

Ulcéro-cancer de l'estomac. Désorganisation des glandes de la muqueuse adjacente avec quelques cellules épithéliales dédifférenciées, dans des coulées de sclérose péri-ulcéreuse. Ganglion indemne.

Classification :

Siège : Angle gastrique.
Ganglions : indemnes.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire indifférencié.

Evolution :

Fin 1961, toujours vivant ; graphie gastrique normale. Le malade garde le même syndrome de dyspepsie hyposthénique. Survie de 10 ans au moins.

OBSERVATION N° 11

Madame B... Germaine, 56 ans.

Intervention : 20 Février 1952 - Dr. DEVIMEUX.

Large lésion plate de la face postérieure, propagée à la petite courbure. Organe bien mobile. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 31776 - Dr. DUPERRAT.

Forme en nappe d'épithélioma cylindrique glandulaire. Ganglion indemne de métastase.

Classification :

Siège : Face postérieure.
Ganglions : indemnes.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Tuberculose pulmonaire en 1958. Fin 1961 : bon état, tant au point de vue digestif que pulmonaire. Survie de près de 10 ans déjà.

OBSERVATION N° 12

Madame P... Clotilde, 66 ans.

Intervention : 23 Juin 1952 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la petite courbure juxta-pylorique avec ganglions ++. Gastrectomie des quatre cinquièmes. Polya.

Histologie : N° 34327 - Dr. DUPERRAT.

Il s'agit d'un cas fort curieux ; d'une part, on observe un vaste ulcère calleux avec mutilation scléreuse de la musculature gastrique ; mais, d'autre part, il existe un infiltrat disséminé de grandes cellules néoplasiques. Ces dernières se retrouvent à l'intérieur des ganglions.

Ulcéro-épithélioma gastrique avec métastase ganglionnaire. L'interprétation de cette lésion complexe est fort difficile. Il est cependant possible de la considérer comme un ulcère dégénéré.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : envahis.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Ulcéro-cancer.

Evolution :

Bien portante fin 1961. Survie de 9 ans déjà.

OBSERVATION N° 13

Monsieur D... François, 54 ans.

Intervention : 11 Février 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Volumineux néo de la grande courbure postérieure, allant du pylore à la région sous-cardiale. Gastrectomie très large.

Histologie : N° 38846 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma atypique infiltrant. Forme assez rare, tantôt cordonale, tantôt à cellules éparses.

Classification :

Siège : Grande courbure.
Ganglions : Non précisé.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire indifférencié.

Evolution :

Toujours en bonne santé, fin 1961. Survie de près de 9 ans déjà.

OBSERVATION N° 14

Madame P... Renée, 41 ans.

Clinique (Observation rapportée par le Dr. FUMERY).

Malade vue en 1948 à l'occasion d'anorexie, crampes, brûlures, lenteur des digestions, depuis 11 années, par périodes de 4 à 6 semaines, surtout estivales. Amaigrissement progressif : 62 kg. jeune

fille, 50 kg. en 1948.

En 1948 : un cliché d'estomac standard ne montre pas de signes d'organicité certains ; doute quant à la possibilité d'un ulcère du bulbe.

Améliorée par le traitement médical.

Revue en Septembre 1952 : un deuxième estomac standard ne montre que de l'hypotonie ; examen qui paraît confirmé par l'existence d'une cholécystotomie.

Hospitalisée en Décembre 1952 : un troisième estomac standard n'apporte pas la preuve ; mais, à la suite d'une gastroscopie montrant, sur un estomac à muqueuse pâle et atone, deux élevures juxta-pyloriques, une morphine met enfin en évidence une niche dans une lacune en arc de la petite courbure juxta-pylorique.

Intervention : 4 Mars 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Large induration sur la petite courbure horizontale. Présence de ganglions d'allure néoplasique dans le grand épiploon. Gastrectomie large.

Histologie : N° 39313 - Dr. DUPERRAT.

A)- Fragment gastrique : muqueuse tomenteuse ; siège d'un oedème inflammatoire prédominant dans la sous-muqueuse.

B)- Ganglion : siège d'une métastase massive d'un épithélioma trabéculaire.

Présence dans le ganglion, et seulement dans le ganglion, d'un épithélioma trabéculaire.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Envahis.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

En bonne santé fin 1961. Survie de plus de 8 ans au moins ; le début de l'histoire clinique remontant à 25 années.

OBSERVATION N° 15

Madame L... Gabrielle, 56 ans.

Intervention : 8 Juin 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la grande courbure juxta-pylorique. Gastrectomie large. Polya.

Histologie : N° 41523 - Dr. DUPERRAT.

La sous-muqueuse et la musculeuse sont profondément envahies par des boyaux anarchiques. Ces derniers secrètent une abondante colloïde. Les lacs colloïdes sont entourés par une bordure de hautes cellules prismatiques. Epithélioma glandulaire colloïde à forme infiltrante.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma colloïde.

Evolution :

13 Août 1956 : amputation du sein pour néo (Dr. MAZINGARBE) : épithélioma atypique.

Actuellement (fin 1961) : état satisfaisant, tant au point de vue gastrique que mammaire.

Cette malade offre maintenant un recul de 8 ans après la gastrectomie et 5 ans après l'amputation du sein.

OBSERVATION N° 16

Monsieur B... Auguste, 71 ans.

Intervention : 19 Août 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Gros néo de la face postérieure adhérant au mésocolon transverse. Gastrectomie subtotale.

Histologie : N° 42887 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma glandulaire largement infiltrant ; toutes les cellules sont dédifférenciées et ne possèdent plus de vacuoles à mucus. Stroma : réaction inflammatoire. Une minuscule embolie lymphatique au niveau du hile ganglionnaire.

Classification :

Siège : Face postérieure.
Ganglions : Embolie, lymphatique.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire indifférencié.

Evolution :

Décédé dans des circonstances inconnues, le 23 Août 1958. Survie de 5 ans.

OBSERVATION N° 17

Monsieur H... Victor, 73 ans.

Intervention : 7 Décembre 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie subtotale pour gros néo de la petite courbure.

Histologie : N° 45127 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma largement ulcéré et nécrotique, constitué par des boyaux compacts à cellules polygonales foncées. Ces boyaux traversent toute l'épaisseur de la paroi. Le petit ganglion est indemne de métastases. Epithélioma glandulaire gastrique.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : indemnes.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Toujours vivant fin 1961. Survie de 8 ans au moins.

OBSERVATION N° 18

Madame P... Jeanne, 67 ans.

Intervention : le 29 Mai 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie pour énorme néo. Subtotale. Polya.

Histologie : N° 48937 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma glandulaire en certains endroits, indifférencié en d'autres, occupant une large surface, ayant la forme d'une ulcération. Cet épithélioma vient en contact avec la paroi musculaire qui, toutefois, n'est pas envahie. Cet épithélioma s'étend plus en surface qu'en profondeur.

Classification :

Siège : Indéterminé.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Va très bien fin 1961. Survie de 7 ans au moins.

OBSERVATION N° 19

Monsieur C... Etienne, 57 ans.

Intervention : 15 Décembre 1955 - Dr. DEVIMEUX.

Néo du pylore. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 62751 - Dr. DUPERRAT.

Canal pylorique. On observe l'infiltration néoplasique diffuse du canal pylorique. Les multiples boyaux glandulaires envahissent toute l'épaisseur de la paroi. Cet épithélioma glandulaire du pylore est à la fois très différencié et très actif.

Classification :

Siège : Pylore.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

En bonne santé fin 1961. Survie de 6 ans au moins.

II.- DECES DANS LES SUITES OPERATOIRES

OBSERVATION N° 20

Monsieur A... Jules, 69 ans.

Intervention : 19 Juillet 1946 - Dr. BEUZART.

Cancer total de l'estomac, mobile, sans envahissement des organes voisins. Gastrectomie totale. Suture terminale oesophago-duodénale.

Histologie : Dr. Ivan BERTRAND.

1- Muqueuse fundique avec quelques microkystes glandulaires. On trouve, accolé à ce fragment, un minuscule lambeau d'épithélioma pavimenteux stratifié, correspondant au cardia.

2- Duodénum normal.

3- Epithélioma muco-secrétant avec cellules en chaton de bague et larges infiltrats colloïdes. Nombreuses mitoses et monstruosités. Envahissement pariétal massif.

Classification :

Siège : Cancer total.
Ganglions : Pas d'examen.
Intervention : G.T.N.
Histologie : Epithélioma colloïde.

Suites :

Décédé dans la nuit suivant l'intervention. Tableau d'hémorragie interne.

OBSERVATION N° 21

Monsieur V... Achille, 49 ans.

Intervention : 7 Février 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Volumineux néo de la petite courbure remontant jusqu'au cardia. Libération difficile de la face postérieure de la petite courbure du plan pancréatique. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 16204 - Dr. PERROT.

Envahissement massif des fragments par des boyaux épithéliomateux en général tubuleux, qui dissocient tous les éléments de toutes les tuniques de la paroi. Assez nombreuses mitoses. Aucune sécrétion mucipare. Stroma fibreux dense.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décès le 12 Février 1951, par médiastinite suppurée, conséquence d'une fausse route au cours des manoeuvres de mise en place d'une sonde d'aspiration. Vérification anatomique : anastomose intacte.

OBSERVATION N° 22

Monsieur R... Eugène, 74 ans.

Intervention : 23 Juillet 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Néo juxta-pylorique face postérieure. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 27771 - Dr. DUPERRAT.

La paroi gastrique est complètement envahie par une prolifération polymorphe, comprenant des plages trabéculaires, des plages alvéolaires et des nappes colloïdes. Les cellules néoplasiques sont retrouvées jusque sous le péritoine.
Forme infiltrée d'épithélioma polymorphe.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Suites :

Décédé le 11me jour : syndrome péritonéal.

OBSERVATION N° 23

Monsieur L... Gabriel, 52 ans.

Intervention : 29 Octobre 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la grande courbure juxta-pylorique. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 29404-29405 - Dr. DUPERRAT.

Le néoplasme est constitué par des boyaux à cellules cubiques ; ces boyaux sont très évolués dans le sens glandulaire ; ils traversent toute la paroi. Les ganglions sont le siège d'une large métastase. Epithélioma cylindrique glandulaire.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : envahis.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décédé au 4ème jour. Syndrome péritonéal.

OBSERVATION N° 24

Madame de C... Françoise, 66 ans.

Intervention : 7 Juin 1952 - Dr. BEUZART.

Cancer de la petite courbure et calculs de la vésicule : 1°- Gastrectomie des trois quarts.
2- Cholécystectomie.

Histologie : N° 3958 - Dr. RUBENS-DUVAL.

Epithélioma glandulaire infiltrant dit "de type intestinal". La muqueuse est ulcérée ; il existe une infiltration diffuse de toutes les tuniques de l'estomac par un épithélioma qui se présente tantôt sous la forme de tubes creux, constitués par des cellules cylindriques, tantôt sous la forme de cordons épais, formés par des cellules indifférenciées aux limites imprécises.

Les noyaux sont très volumineux, très riches en chromatine, avec de très volumineux nucléoles. Mais les mitoses sont rares. Nombreuses images de bourgeonnement ou de clivage nucléaire. Stroma fibroblastique.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.U. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décédée vingt-quatre heures après l'intervention.

OBSERVATION N° 25

Madame M... Marie, 70 ans.

Intervention : 28 Octobre 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Volumineuse tumeur antrale, adhérente au pancréas et très péniblement extériorisable. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 44249 - Dr. DUPERRAT.

Enorme épithélioma cylindrique glandulaire.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décès au bout de 24 heures.

OBSERVATION N° 26

Monsieur N... Alfred, 80 ans.

Intervention : 18 Mars 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie large pour néo antral très envahissant.

Histologie : N° 47299 - Dr. DUPERRAT.

La tumeur apparaît sous la forme d'une nappe érosive infiltrante. Les boyaux tubuliformes sont constitués par des cellules cubiques, riches en kinèses. Aucun des ganglions n'est envahi. Epithélioma glandulaire gastrique.

Classification :

Siège : Antre.

Ganglions : Indemnes.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décès, suites opératoires.

OBSERVATION N° 27

Madame O... Rosalie, 67 ans.

Intervention : 8 Octobre 1955 - Dr. DEVIMEUX.

Enorme néo antral, mais estomac extériorisable. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 60652 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma glandulaire ayant envahi la totalité de la paroi.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décès dans les vingt-quatre heures.

OBSERVATION N° 28

Monsieur G... René, 62 ans.

Intervention : 21 Novembre 1955 - Dr. DEVIMEUX.

Néo du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcère. Ablation de la rate, de la queue du

pancréas, du reste de l'estomac, de la première anse grêle et de l'angle D3-D4. Anastomose termino-latérale cardio deuxième anse grêle, et termino-latérale grêle en amont.

Histologie : N° 62005 - Dr. DUPERRAT.

Les deux fragments sont envahis par le néoplasme. Les boyaux anarchiques concernent le type cylindrique glandulaire. La teneur en mitose est élevée. Le pancréas est envahi. Large extension de l'épithélioma glandulaire cylindrique.

Classification :

Siège : Moignon gastrique.
Ganglions : Pas d'examen.
C.R.O. : G.T. secondaire.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décès suites opératoires.

OBSERVATION N° 29

Monsieur B... Louis, 63 ans.

Intervention : 14 Mars 1956 - Dr. DEVIMEUX.

Lésion haute sous-cardiale, mais bien localisée à la petite courbure. Gastrectomie subtotale avec anastomose oeso-jéjunale sur son tiers inférieur et gastro-jéjunale sur les deux tiers externes. Ablation aussi complète que possible des chaînes ganglionnaires.

Histologie : Dr. DUPERRAT.

Il s'agit d'une forme massive d'un épithélioma cylindrique glandulaire. La zone limite est largement contaminée. Le ganglion est anthracosique, sans métastase.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Indemnes.
C.R.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Suites :

Décès post-opératoire.

III.- DÉCÈS EN DEÇA DE CINQ ANS.

OBSERVATION N° 30

Madame R... Angèle, 63 ans.

Intervention : 23 Octobre 1945 - Dr. MATRY.

Enorme cancer végétant de la partie moyenne de l'estomac, large ulcération au centre. Mésocolon envahi. Résection gastrique large.

Histologie : N° 7975 - Dr. PERROT.

Infiltration massive de la paroi gastrique. Epithélioma se présentant en général comme une tumeur à cellules indépendantes, mucipares, très richement cellulaires, mais avec quelques boyaux acino-tubuleux. Nombreuses mitoses. Vastes plages nécrotiques. Stroma très irrégulier.

Classification :

Siège : Indéterminé.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma colloïde.

Evolution :

Décès au bout de dix-huit mois environ. Généralisation.

OBSERVATION Nº 31

Monsieur A... Aristide, 67 ans.

Intervention : 23 Février 1946 - Dr. MATRY.

Tumeur de la petite courbure. Gastrectomie des deux-tiers, Finsterer. Deux petits ganglions dans le mésocolon transverse.

Histologie : Dr. Ivan BERTRAND.

Epithélioma muco-secrétant infiltrant toute la paroi gastrique, y compris la tunique musculaire. Les figures en rosette sont fréquentes. Nombreuses mitoses et monstruosités. Production interstitielle de longs placards colloïdes. Stroma. Réaction minime.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma colloïde.

Evolution :

Décès en moins de 2 ans. Large récidive. Métastase pariétale.

OBSERVATION Nº 32

Monsieur N... François, 48 ans.

Intervention : 19 Avril 1946 - Dr. MATRY.

Lésion étalée, boursouflée, de la paroi antérieure de l'antre. Ganglions dans le grand épiploon. Gastrectomie. Polya.

Histologie : Dr. Ivan BERTRAND.

Epithélioma gastrique polymorphe atypique ou muco-secrétant suivant les points. Nombreuses mito-

ses et monstruosités. Infiltration massive de toute la paroi.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Décédé au bout de 3 ans environ. Généralisation.

OBSERVATION N° 33

Monsieur H... René, 54 ans.

Intervention : 8 Septembre 1947 - Dr. BEUZART.

Néo du pylore. Ganglions petite courbure. Gastrectomie large. Polya.

Histologie : Dr. I. BERTRAND.

Epithélioma pseudo-glandulaire à type muco-secrétant. Large infiltration néoplasique de toute l'épaisseur pariétale avec placards colloïdes interstitiels. Nombreuses mitoses et monstruosités. Les deux ganglions examinés sont envahis par des métastases de même type.

Classification :

Siège : Pylore.
Ganglions : envahis.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Décédé au bout de dix-huit mois. Généralisation.

OBSERVATION N° 34

Madame B... Elizabeth, 55 ans.

Intervention le 26 Mars 1949 - Dr. MATRY.

Grosse masse dans la région vestibulaire. Aucun ganglion. Gastrectomie par moitié Finsterer.

Histologie : Dr. Ivan BERTRAND.

Large cancer ulcériforme à type d'épithélioma muco-secrétant caractérisé par l'accumulation dans le stroma de volumineuses masses colloïdes avec des cellules en chaton de bague. Il existe aussi des aspects d'épithélioma plus indifférenciés avec dissémination en "poussière" des éléments néoplasiques dans toute l'épaisseur gastrique.

Ces lésions comportent un pronostic très sévère.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma colloïde.

Evolution :

Décédée Juin 1953. Circonstances inconnues. Survie de 4 ans.

OBSERVATION N° 35

Madame V... Delphine, 47 ans.

Intervention : 23 Août 1949 - Dr. BEUZART.

Ulcère cancéreux de l'estomac prenant toute sa portion horizontale et une partie de sa portion verticale. Les ganglions de la crosse de la coronaire sont augmentés de volume. Gastrectomie subtotale.

Histologie : N° 13629 - Dr. PERROT.

Epithélioma glandulaire typique tubuleux avec quelques travées atypiques. Nombreuses mitoses. Stroma irrégulier plutôt dense, avec infiltration polymorphe. Ganglions inflammatoires.

Classification :

Siège : Inclassable.
Ganglions : Indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédée au bout de quelques mois. Pas de précision.

OBSERVATION N° 36

Madame S... Georgette, 63 ans.

Intervention : 28 Mars 1950 - Dr. MATRY.

Face postérieure : énorme tumeur (grande paume de main) fixée au pancréas. Nombreux ganglions de la partie moyenne de la grande courbure. Nombreux ganglions dans la faux de la coronaire. Gastrectomie large en liant la coronaire au-delà de la traînée ganglionnaire perceptible.

Histologie : absente.

Classification :

Siège : Face postérieure.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Absente.

Evolution :

Décédée fin Décembre 1950. Récidive.

OBSERVATION N° 37

Monsieur C... Marcel, 60 ans.

Intervention : 30 Mars 1950 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la petite courbure, étendu sur les faces. Lésions avancées. Gastrectomie large. Polya.

Histologie : N° 19152 - Dr. DUPERRAT.

La tumeur envahit largement la paroi gastrique, perfore la couche musculaire et s'étale dans la région sous-péritonéale. Elle est constituée tantôt par des boyaux cellulaires compacts, indifférenciés, tantôt par des formations en rosette, tantôt enfin par des cellules néoplasiques isolées.

Forme polymorphe et envahissante d'épithélioma gastrique.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Décédé courant 1952. Métastase.
Survie 2 ans.

OBSERVATION N° 38

Monsieur G... Alphonse, 80 ans.

Intervention : 6 Mars 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Néo prépylorique perforé, bouché, dans le mésocolon transverse envahi. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 24759-24760 - Dr. DUPERRAT.

Le néoplasme prépylorique est constitué par

des tubes anarchiques hautement différenciés dans le sens glandulaire. La prolifération traverse toute l'épaisseur de la paroi. Le fragment de méso montre une large pénétration.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décès au bout de 18 mois. Circonstances inconnues.

OBSERVATION N° 39

Madame L... Marguerite, 51 ans.

Intervention : 2 Mai 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la petite courbure prépylorique. Ulcère en face. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 25869 - Dr. DUPERRAT.

1- Sur le premier fragment, épithélioma très superficiel tout à fait atypique. Le diagnostic n'a été certain que grâce à la coloration au muci-carmin. C'est tout à fait l'épithélioma ulcériforme.

2- Sur le deuxième fragment, une ulcération de la paroi gastrique, dans laquelle il n'a pas été possible de mettre en évidence des cellules néoplasiques.

3- Le volumineux ganglion est purement irritatif, sans métastase.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : "Epithélioma superficiel".

Evolution :

Décès par récidive au bout de trois ans et demi.

OBSERVATION N° 40

Monsieur L... Adrien, 59 ans.

Intervention : Ier Août 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Sur la face postérieure, près de la petite courbure, sous le cardia, on sent une zone mamelonnée de la consistance d'une adénopathie inflammatoire banale. Gastrectomie totale gardant une collerette de la grosse tubérosité.

Histologie : N° 27972 - Dr. DUPERRAT.

Variété peu fréquente d'épithélioma sous-cardiaque : lésion en nappe constituée par des nodules pas très profonds, chaque nodule étant entouré d'une gaine lymphocytaire compacte.

Classification :

Siège : Face postérieure.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.T.

Evolution :

Décédé en Août 1945 ; défaillance cardiaque rapide après une hémiplégie. Survie de 4 ans.

OBSERVATION N° 41

Monsieur W... Albert, 56 ans.

Intervention : 27 Décembre 1951 - Dr. DEVIMEUX.

Volumineux néo sous-cardial. Gastrectomie totale.

Histologie : N° 30648 - Dr. DUPERRAT.

Tumeur partiellement recouverte de muqueuse malpighienne. Boyaux néoplasiques glandulaires, formés de cellules cylindriques et remplis de métastases. Epithélioma glandulaire du cardia.

Classification :

Siège : cardio-tubérositaire.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.T.N.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.
Evolution : Décédé au bout de 31 mois. Métastases hépatiques et intestinales.

OBSERVATION N° 42

Madame L... Marie, 66 ans.

Intervention : 2 Avril 1952.- Dr. DEVIMEUX.

Volumineux néo de la petite courbure. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 32726 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma cylindrique glandulaire envahissant toute la paroi gastrique.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédée au bout de quelques semaines. Evolution du processus néoplasique.

OBSERVATION N° 43

Monsieur G... Marcel, 49 ans.

Clinique :

Cancer diagnostiqué radiologiquement en 1943, Par suite des "évènements", le sujet n'est pas opéré. Ne consulte à nouveau qu'en 1952, devant l'accentuation des signes fonctionnels (douleurs). Donc, 9 ans après la première consultation.

Intervention : 10 Juillet 1952 - Dr. DEVIMEUX.

Gros néo de la petite courbure. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 34748 - Dr. DUPERRAT.

Tumeur constituée par des boyaux compacts qui conservent le type glandulaire. La paroi gastrique est envahie dans la totalité de son épaisseur. Par contre, le volumineux ganglion est indemne de métastases.

Classification :

Siège : Angle gastrique.
Ganglions : Indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédé au bout de 18 mois ; généralisation. Mais il s'était écoulé plus de 10 ans depuis que le diagnostic avait été porté radiologiquement.

OBSERVATION N° 44

Monsieur P... Eugène, 56 ans.

Intervention : 8 Octobre 1952 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la face postérieure, au niveau du bord supérieur du pancréas. Gastrectomie haute. Polya.

Histologie : N° 36255 - Dr. DUPERRAT.

L'ulcère repose sur un tissu inflammatoire, infiltrant largement la paroi, avec de larges nappes de sclérose ; mais il existe, en plus des cordons, de petites cellules néoplasiques et on retrouve des métastases dans le gros ganglion.

La discussion se pose entre néoplasme ulcéré et ulcère dégénéré; à cause de l'importance de la fibrose, on penche plutôt pour un ulcère dégénéré.

Classification :

Siège : Face postérieure.
Ganglions : envahis.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Ulcéro-cancer.

Evolution :

Décédé au bout de 4 ans et 9 mois. Circonstances inconnues, mais éthylique notoire.

OBSERVATION N° 45

Monsieur M... José, 49 ans.

Intervention : 14 Janvier 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Gros néoplasme ulcéré de l'antre, avec adhérence à la racine du mésocolon transverse. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 38228 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma de type tubulaire. Gros ganglion inflammatoire.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

4 Novembre 1953 : exploratrice. Volumineuse récidive néoplasique envahissant la paroi. Ascite. Décès quelques mois plus tard. Survie de moins de 2 ans.

OBSERVATION N° 46

Monsieur L... Gervais, 66 ans.

Intervention : 24 Avril 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la petite courbure. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 40401 à 40.402 - Dr. DUPERRAT
28 Avril 1953.

1- Tumeur gastrique : celle-ci a envahi toute l'épaisseur de la paroi. Il s'agit d'un épithélioma glandulaire cubique, fourmillant de mitoses.

2- Fragment de petit épiploon : contient des métastases néoplasiques.

3- Fragments pancréatiques : bourrés de boyaux néoplasiques.

Epithélioma cubique glandulaire avec métastases multiples.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Métastases au niveau de la paroi. Pas de réintervention. Décès en moins d'un an.

OBSERVATION N° 47

Monsieur C... Pierre, 69 ans.

Intervention : 7 Septembre 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Vaste néo de la face postérieure et de la petite courbure de l'estomac englobant le pylore. Nombreux ganglions. Gastrectomie subtotale. Polya.

Classification :

Siège : Face postérieure.
T.O. : G.S.T.

Evolution :

Décédé en 1957, au bout d'un peu plus de 3 ans.

OBSERVATION N° 48

Monsieur R... Georges, 63 ans.

Intervention : Septembre 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la petite courbure antrale perforé, suturé en Juin 1953. Gastrectomie subtotale. Polya, trois mois plus tard.

Histologie : N° 43524 et 43525 - Dr. DUPERRAT.

Même aspect histologique pour les deux prélèvements. Les deux ulcérations cratériformes sont tapissées par une couche néoplasique. Les cellules tumorales se disposent en formation tubuliforme. Je n'ai pas l'impression que la paroi musculaire soit traversée par les néoplasmes. Il s'agit de deux épithéliomas glandulaires gastriques.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire diffé-

rencié.

Evolution : Décès au bout de deux ans environ. Métastases péritonéales.

OBSERVATION N° 49

Madame P... Jeanne, 66 ans.

Intervention : Ier Octobre 1953 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 43674 - Dr. DUPERRAT.

Epithélioma glandulaire indifférencié et largement infiltrant. La stroma réaction est du type extrêmement inflammatoire. Le ganglion examiné est indemne.

Classification :

Siège : indéterminé.
Ganglions : indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire indifférencié.

Evolution :

8 Août 1955 : Réintervention : castration pour tumeur maligne de l'ovaire gauche ; on constate une récidive au niveau du moignon gastrique. Décès quelques mois plus tard.
Au total, survie de 2 ans environ.

OBSERVATION N° 50

Madame V... Julie, 62 ans.

Intervention : 11 Octobre 1953 - Dr. DEVIMEUX.
Gastrectomie d'urgence pour néo perforé de l'es-

tomas. Lésions très étendues, prédominant sur la petite courbure. Ganglions ++. Nodules métastatiques au niveau du foie. Subtotale de nécessité.

Histologie : N° 43884 - Dr. DUPERRAT.

Présence d'un épithélioma glandulaire bien différencié, infiltrant toute l'épaisseur de la paroi. Ulcéro-cancer.
Métastase ganglionnaire massive.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : envahis.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Ulcéro-cancer.

Evolution :

Décédée au bout de deux mois.

OBSERVATION N° 51

Monsieur D..., 56 ans.

Intervention : 17 Décembre 1953 - Dr.MAZINGARBE.

Linite étendue à tout l'antre. Gastrectomie très large.

Histologie :

Linite très envahissante.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Linite.

Evolution :

Décès au bout de six mois. Métastases hépatiques.

OBSERVATION N° 52

Monsieur B... Gaston, 70 ans.

Intervention : 1er Juillet 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Gros néo du pylore. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 49668 - Dr. DUPERRAT.

La tumeur apparaît largement ulcérée, nécrotique par places. Boyaux très compacts à cellules polygonales basophiles. Prolifération intense. Emboles dans les lymphatiques de la paroi gastrique. Forme envahissante de l'épithélioma trabéculaire de l'estomac.

Classification :

Siège : Pylore.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédé au bout de quelques mois. Généralisation.

OBSERVATION N° 53

Madame L... Augustine, 76 ans.

Intervention : 15 Juillet 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Volumineux néo antral. Gastrectomie des trois-quarts. Polya.

Histologie : N° 50.019 - Dr. DUPERRAT.

Vaste épithélioma dimorphe à la fois glandulaire et colloïde. Dualité identique dans le ganglion.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Envahis.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Décédée au bout d'un an. Métastases hépatiques.

OBSERVATION N° 54

Madame F... Louise, 76 ans.

Intervention : 21 Juillet 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Néo antral avec grosse diffusion lymphatique + tumeur polypoïde. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 50.154-50.155 - Dr. DUPERRAT.

- Epithélioma envahissant, très différencié dans le sens glandulaire et aussi très nécrotique.
- Ganglion largement métastasé.
- Le polype siégeant au-dessus de la tumeur est d'un type très particulier, presque propre aux vieilles femmes. Il s'agit d'un polype sénile, cylindrique glandulaire, de type plutôt kystique, non villeux. Dans le cas particulier, ce polype est encore bénin. Il n'est d'ailleurs pas prouvé absolument que ce soit un état prénéoplasique.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : envahis.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédée en moins d'un an. Généralisation.

OBSERVATION N° 55

Madame L... Rosalie, 53 ans.

Intervention : 28 Juillet 1954 - Dr. DEVIMEUX.

L'antre est le siège d'une induration tubulaire. Petite courbure indurée et inflammatoire. Gastrectomie subtotale.

Histologie : N° 50312-50313 - Dr. DUPERRAT.

1- Ulcère calleux accompagné d'une importante réaction plastique. Celle-ci déborde largement l'ulcère. En outre, épithélioma atypique envahissant.

2- Région pylorique. Epithélioma atypique infiltrant. Ulcère en surface.

Cas extraordinaire. Interprétation très difficile. En s'en tenant aux faits, il y a :

- un ulcère calleux,
- deux foyers épithéliomateux.

Classification :

Siège : Petite courbure, pylore.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire indifférencié.

Evolution :

Décès au bout de six mois. Généralisation.

OBSERVATION N° 56

Madame L... Gabrielle, 61 ans.

Intervention : 4 Août 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : Dr. DUPERRAT.

Tumeur vaste en étendue et épaisse en profon-

deur ; boyaux compacts, constitués par une multitude de tubes néoplasiques. Epithélioma cylindrique typique.

Classification :

Siège : indéterminé.
Ganglions : pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédée après une survie de trois ans et demi. Généralisation.

OBSERVATION N° 57

Monsieur J... Jean, 41 ans.

Intervention : 11 Août 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la petite courbure verticale. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : Dr. DUPERRAT.

Paroi gastrique infiltrée en totalité par un épithélioma polymorphe. Ganglion de la petite courbure indemne.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

9 Mai 1955, réintervention (Dr. DEVIMEUX). Envahissement global de toute la région. Adhérences à la paroi, au foie, au transverse. Fermeture.
Décès quelques mois plus tard.
Survie : un peu moins de deux ans.

OBSERVATION N° 58

Monsieur H... Ernest, 66 ans.

Intervention : 8 Octobre 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Néo antropylorique. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : Dr. DUPERRAT.

Toute l'épaisseur de la paroi est envahie par le processus néoplasique. Les cellules se dispersent une à une entre les faisceaux musculaires.

Classification :

Siège : Pylore.
Ganglions : pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Linite.

Evolution :

Décès au bout de 27 mois. Métastases hépatiques.

OBSERVATION N° 59

Madame I... Filipa, 60 ans.

Intervention : 6 Décembre 1954 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie large pour ulcère de la petite courbure et petit néo prépylorique.

Histologie : N° 53076 - Dr. DUPERRAT.

1- Région antrale : sous-muqueuse envahie par une prolifération glandulaire anarchique assez polymorphe.

2- Un fragment plus petit, qui concerne un ulcère simple paraissant relativement récent.

Il existe à la fois un ulcère de la petite courbure et un épithélioma antral.

Classification :

Siège : antral.
Ganglions : Pas d'examen.
T.C. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Décès au bout de 18 mois environ. Généralisation.

OBSERVATION N° 60

Madame L... Madeleine, 59 ans.

Intervention :

Lésion envahissant la totalité de l'estomac. Gastrectomie totale.

Histologie : Dr. DUPERRAT.

Il s'agit d'une variété d'épithélioma atypique infiltrant, à type de linite plastique.

Classification :

Siège : T
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.T.
Histologie : Linite.

Suites :

Décédée en un peu moins de 3 ans; cachexie.

OBSERVATION N° 61

Monsieur J... Jules, 70 ans.

Intervention : 10 Janvier 1955 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie large pour néo antral.

Histologie : N° 53830 - Dr. DUPERRAT.

Tumeur ulcérée. Les boyaux anarchiques ont envahi toute l'épaisseur de la paroi. On les retrouve dans l'épiploon.

Classification :

Siège : Antre.
Ganglions : Pas d'examen.
T.C. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédé au bout de 4 mois. Cachexie.

OBSERVATION N° 62

Monsieur D... Antoine, 69 ans.

Intervention : 10 Mars 1955 - Dr. DEVIMEUX.

Gastrectomie totale. Cancer total.

Histologie : N° 55533 - Dr. DUPERRAT.

1- Tumeur gastrique : épithélioma cylindrique glandulaire bien différencié ; la tumeur envahit largement la paroi.
2- Pancréas : le pancréas ne semble pas infiltré par la tumeur.
3- Ganglion de la petite courbure.
Il est plein de métastases.

Classification :

Siège : total.
Ganglions : envahis.
T.C. : G.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédée au bout de 22 mois. Cachexie.

OBSERVATION N° 63

Madame D... Julia, 61 ans.

Intervention : 2 Septembre 1955 - Dr. BEUZART.

Sténose du pylore. Ulcération large d'aspect tumoral. Gastrectomie subtotale. Polya.

Histologie : N° 6561 - Dr. RUBENS-DUVAL.

Ulcéro-cancer. Le fond de l'ulcère et les bords de celui-ci sont diffusément infiltrés par un épithélioma glandulaire à petites cellules cubiques, d'architecture en général tubulée, avec en quelques points une hypersécrétion muqueuse donnant l'aspect d'un épithélioma colloïde.

Classification :

Siège : Pylore.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Ulcéro-cancer.

Evolution :

5 Juin 1956 : exploratrice : gros foie marronné. Décédé quelques mois plus tard. Survie de moins de 2 ans.

OBSERVATION N° 64

Monsieur W... Marcel, 50 ans.

Intervention : 30 Novembre 1955 - Dr. DEVIMEUX.

Tumeur située à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen de la petite courbure, mais les ganglions sont perceptibles jusqu'au cardia. Gastrectomie totale.

Histologie : Dr. DUPERRAT.

Très volumineux épithélioma trabéculaire gastrique traversant toute la paroi. Ganglions indemnes.

Classification :

Siège : Petite courbure.
Ganglions : indemnes.
T.O. : G.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédé par métastases osseuses au niveau du bassin, le 30 Juillet 1956. Survie de moins d'un an.

OBSERVATION N° 65

Monsieur C..., 65 ans.

Intervention : 28 Avril 1956 - Dr. MAZINGARBE.

Gros cancer encéphaloïde des deux tiers supérieurs de l'estomac. Gastrectomie totale avec résection limitée du colon transverse, du mésocolon, de la queue du pancréas, de la rate.

Histologie :

Epithélioma glandulaire ou, le plus souvent, atypique, par place colloïde. Les éléments néoplasiques présentent une tendance accusée vers l'individualisation. Le stroma est irrégulier. Coexistence de cellules inflammatoires polymorphes. A la surface, on observe une membrane fibreuse leucocytaire.

Classification :

Siège : T.
Ganglions : Pas d'examen.
T.O. : G.T.
Histologie : Epithélioma dimorphe.

Evolution :

Août 1956, laparotomie exploratrice : récidive hépatique. Décès 2 mois plus tard.

Survie de six mois.
Père et un frère décédés de cancer digestif.

OBSERVATION Nº 66

Madame D... Arlette, 34 ans.

Intervention : 18 Juillet 1956 - Dr. DEVIMEUX.

Néo de la grande courbure. Gastrectomie subtotale.

Histologie : Nº 63651 - Dr. DUPERRAT.

1- Tumeur gastrique : il s'agit d'un épithélioma non ulcéré de l'estomac. Il s'agit d'une linite plastique infiltrante dont on retrouve des éléments à travers toute la musculeuse. Le stroma est fortement fibreux.
2- Pas d'envahissement ganglionnaire.

Classification :

Siège : Grande courbure.
Ganglions : indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : linite.

Evolution :

Août 1958 : Fausse-couche de trois mois environ.
Décès début 1959. Généralisation.
Survie d'un peu moins de trois ans.

OBSERVATION Nº 67

Monsieur C... Maurice, 64 ans.

Intervention : 19 Décembre 1956 - Dr. DEVIMEUX.

Gros néo de la portion verticale de la face antérieure et de la petite courbure. Gastrectomie

subtotale. Polya.

Histologie : Dr. DUPERRAT.

Large épithélioma cylindrique glandulaire. Intégrité ganglionnaire.

Classification :

Siège : + P.C.
Ganglions : indemnes.
T.O. : G.S.T.
Histologie : Epithélioma glandulaire différencié.

Evolution :

Décédé au bout de trois ans environ.

LES RESULTATS DE LA GASTRECTOMIE POUR CANCER

Bien que nous attachant avant tout à la recherche des éléments d'un pronostic individuel, nous examinerons tout d'abord les résultats de la gastrectomie pour cancer.

o
o o

POURCENTAGE DE GASTRECTOMISES AYANT SURVÉCU AU MOINS CINQ ANS.

= Nous analyserons, en premier lieu, les 67 observations dont nous avons disposé ; elles comprennent, on l'a vu, 59 gastrectomies partielles et 8 gastrectomies totales de nécessité.

10 opérés, soit 14,9 %, sont décédés dans les suites opératoires immédiates : deux de péritonite ; un dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire ; un autre de médiastinite suppurée par perforation de l'oesophage, conséquence d'une fausse route au cours des manoeuvres de mise en place d'une sonde d'aspiration ; chez six d'entre eux, les causes immédiates du décès n'ont pas été précisées.

38, soit 56,7 %, sont décédés avant cinq ans.

19, par contre, soit 28,3 %, ont survécu plus de cinq ans. Ils avaient tous subi une gastrectomie

partielle ; le pourcentage de survie concernant cette seule intervention était de 32,2 % (19 survivants sur 59 opérés), avec une mortalité opératoire de 13,5 % (8 sur 59). En ne tenant pas compte des décès dans les suites opératoires immédiates, on obtient un pourcentage de survie de 37,2 % (19 survies sur 51 gastrectomies partielles).

Des 8 sujets ayant subi une gastrectomie totale de nécessité, deux sont décédés dans les suites opératoires ; les six autres au bout de six mois à quatre ans d'évolution : cinq d'entre eux par reprise du processus cancéreux, le dernier des suites d'une hémiplégie dont l'origine n'a pas été vérifiée.

Envisageant <u>en détail les durées de survie dans le groupe des gastrectomies partielles</u>, nous retrouvons :

- 2 survies ne dépassant que de peu les cinq ans ; nous n'avons pu savoir les circonstances des décès ;

- 1 survie toujours acquise de plus de 6 ans;

- 1 survie toujours acquise de plus de 7 ans;

- 4 survies toujours acquises de plus de 8 ans. Un de ces cas (Obs. N° 15) concerne une femme gastrectomisée à 56 ans pour cancer, qui, 3 ans après, subit une amputation du sein pour épithélioma. Elle vit toujours : 8 ans après la gastrectomie et 5 ans après l'intervention de Haldstedt !!!

- 2 survies toujours acquises de plus de 9 ans ;

- 2 survies d'un peu moins de 10 ans ; ces deux opérés sont décédés au bout de ce laps de temps : l'un à la suite d'une hémiplégie chez une hypertendue, et il semble que l'on puisse éliminer une métastase cérébrale ; l'autre dans des circonstances inconnues, mais chez un sujet éthylique (Obs. N° 8). Ce malade avait été opéré de son cancer gastrique alors qu'il était âgé de 62 ans ; il est à

noter que son père était décédé à l'âge de 62 ans et sa mère à 63 ans, l'un et l'autre par cancer de l'estomac.

- 2 survies toujours acquises de plus de 10 ans ;

- 2 survies toujours acquises de plus de 11 ans ;

- 1 survie toujours acquise de plus de 12 ans ;

- 1 décès, par éthylisme, semble-t-il, après 14 ans de survie ;

- 1 survie toujours acquise de plus de 15 ans.

En résumé, de 19 survivants de plus de 5 ans, représentant 28,35 % du total des gastrectomisés et 32,1 % de ceux ayant subi une gastrectomie partielle, 5 sont décédés entre 5 et 14 ans après l'intervention, dont 2 dans des circonstances inconnues, et 3, semble-t-il, en dehors de toute récidive néoplasique.

14 sont toujours en vie actuellement, dont 12 avec déjà, au minimum, 8 ans de survie.

= Concernant les principaux travaux français et étrangers consacrés aux résultats de la gastrectomie pour cancer, nous envisagerons tout d'abord les statistiques comparables à celle que nous publions, c'est-à-dire comportant essentiellement des gastrectomies partielles et un nombre restreint de gastrectomies totales.

- En 1948, FAYARD, dans sa thèse, indique 4 survivants de plus de 5 ans sur 33 gastrectomisés.

- En 1950, nous citerons l'importante statistique de WEISS et HOLLANDER (203 gastrectomies) qui fait apparaître une mortalité opératoire très élevée: 40 % et seulement 10 % de survie.

- En 1951, GUISS (Los Angeles - 251 GST, 29 GT) retrouve un taux de "guérison" de 5 ans de 27,7% et un taux de survie de 33,6 %. Ses 29 opérés par gastrectomie totale sont tous décédés.

- En 1952, DELANNOY, VERHAEGHE et DEVAMBEZ (Lille) ont tiré de leur statistique de 301 cancers gastriques diagnostiqués entre 1926 et 1951 des conclusions très pessimistes, que nous ne partageons pas, quant à l'avenir des gastrectomisés ; mais il faut bien constater qu'ils n'ont retrouvé que 4 survies de plus de 5 ans dans une série de 70 gastrectomies ; on notera cependant que DELANNOY et ses collaborateurs n'ont pu obtenir de nouvelles de 71 autres gastrectomisés et ont dû les considérer comme décédés.

- BERKSON (Rochester) a publié, en 1952 également, une énorme statistique : elle englobe les 4.597 résections pratiquées à la Mayo-Clinic entre 1907 et 1949 ; elle fait apparaître, pour l'ensemble de cette période, une survie de 5 ans de 31,6 % (mortalité opératoire : 13,3 %). Elle met en évidence l'amélioration récente des résultats où entre pour une large part la diminution de la mortalité opératoire, passée de 16,2 % pour la période 1901-1937 à 7 ou 8 % actuellement.

- En 1955 :

PEYCELON et BARNOLA (Lyon - 164 GST et 6 GT) indiquent, pour leurs gastrectomies subtotales, 25 % de survie, après une mortalité opératoire de 30 %.

CAMPIONNE (Italie) publie les résultats de la Clinique chirurgicale de l'Université de Bologne : 31 % de survie de 5 ans après gastrectomie partielle ; 11,7 % de survie de 3 ans après gastrectomie totale.

KATAMI (Japon) constate, en comparant ses résultats avec ceux d'autres auteurs japonais, que le taux de survie de cinq ans a augmenté entre

1933 et 1954 ; il publie les résultats de :

- la Clinique Miyaka 1933 : 17,8 %
- la Clinique Schiota 1935 : 17,6 %
- la Clinique Goto 1942 : 22,5 %
- la Clinique Muto 1954 : 29,2 %

- En 1956, BALLARATI (Italie) mentionne 18 % de décès post-opératoires et 18 % également de survie.

A la même époque, BELLOVIA (Italie) fait état de 29 % de survivants après gastrectomie subtotale et 4 % après gastrectomie totale.

- En 1957 :

LAMBLING et DAUPHIN obtiennent 20,7 % de survie après gastrectomie subtotale et 7 % après gastrectomie totale.

LEVRAT et LESBRES (Lyon), 25 % après gastrectomie subtotale.

BAGOSLAVSKI et JOUKOV (Russie), de 116 gastrectomisés en retrouvent vivants 32 au bout de 5 ans (19,2 %).

BLALOCK et OCHSNER, sur 193 cas suivis, 9,3 % de survivants seulement.

- En 1958 :

14,5 % de survies chez DUFOUR et DAREYS (Bordeaux), avec une mortalité opératoire de 11,5 %.

PATEL, pour 84 gastrectomies subtotales, indique 23,1 % de décès post-opératoires et 34,1 % de survie de 5 ans. De 22 opérés ayant subi une gastrectomie totale, 8 sont morts dans les suites immédiates (36,3 %) ; un seul a survécu 5 ans.

- En 1959 :

Alain MOUCHET, après 68 gastrectomies

subtotales, publie 35 % de survie de 5 ans. La mortalité opératoire a été très faible : quatre décès seulement.

MARSHALL (Etats-Unis) apporte une statistique très homogène concernant 688 gastrectomies subtotales et totales, pratiquées par lui et ADAMSON:

Période	Nombre de cas	Survie de 5 ans
1932-39	119	15 soit 12,5 %
1940-44	175	51 soit 29 %
1945-49	188	55 soit 29 %
1950-55	146	48 soit 32,9 %

Cette statistique, tout comme celles de BERKSON ou de KATAMI, fait clairement apparaître l'augmentation du taux de survie de ces dernières années.

- En 1960 :

L'étude des résultats de 186 gastrectomies subtotales et de 5 gastrectomies totales par RIBEIRO (Brésil) fait ressortir une mortalité opératoire de 12,6 % et une survie de 5 ans de 13,2 % seulement.

LEWIN (Suède) rapporte les observations de 532 malades hospitalisés entre 1947 et 1959 dans le service de chirurgie de Sahlgrenska Sjukhuset de Göteborg : il retrouve 25 % de survie de 5 ans après gastrectomie subtotale et 5,7 % après gastrectomie totale.

EKER et EFSKIND (Norvège) viennent de publier un volumineux travail auquel nous nous référerons souvent. Il porte sur 1.314 malades gastrectomisés entre 1939 et 1954. Nous avons extrait de cette publication le tableau suivant : (p. 63)

La survie de 5 ans, on le voit, a été de 22,7 % après gastrectomie partielle et de 10,9 % après gastrectomie totale, après une mortalité opératoire de,

	Total	Décès post-opér.	Perdus de vue	Décès en deçà de 5 ans	Survie au-delà de 5 ans
Gastrectomies partielles	1.047	108-10,3%	108-10,3%	593-56,6%	238-22,7 %
Gastrectomies totales	267	59-22,1%	14- 5,2%	165-61,8%	29-10,9 %
TOTAL ...	1.314	167-12,07%	122- 9,3%	758-57,7%	267-20,3 %

respectivement, 10,3 % et 22,1 %.

- En 1961 :

La statistique de BARBER et collaborateurs (Etats-Unis) concerne la période 1950-1953 : sur 1.121 cancers de l'estomac diagnostiqués à la Mayo-Clinic pendant ce laps de temps, 572 furent gastrectomisés, donnant 28,7 % de survie de 5 ans.

La gastrectomie totale de principe a été l'objet, ces dernières années, de nombreuses discussions; plusieurs auteurs, tels PATEL, LEFEVRE et LORTAT-JACOB, Alain MOUCHET, LE ROY, ont approfondi l'étude de ce problème.

Les statistiques les plus récentes que nous ayons retrouvées, tant en France qu'à l'étranger, sont celles de :

. HEITZ (Lyon, 1956) :

41 gastrectomies totales de principe lui ont donné 17 % de survie ;

un seul survivant après 24 gastrectomies totales de nécessité.

. BEREZOV (Russie, 1957), qui rapporte une statistique portant sur 202 gastrectomies totales avec 24 survies de 5 ans, soit 11,7 %.

. LE ROY, BLANC, et CRESSON (1958), qui ont obtenu 80 % de survies de 5 ans dans une série de 20 tumeurs de petit volume, largement réséquées. Ils estiment que la gastrectomie totale faite sur de petits cancers au début doit aboutir à une guérison de longue durée quatre fois sur cinq.

. A l'opposé, PATEL et ses collaborateurs (1958) déclarent nettement : "La gastrectomie totale de principe ne semble pas la technique idéale. Ces interventions larges ne doivent avoir que des indications de nécessité."

Ces auteurs ont formulé cette conclusion après avoir procédé à une étude critique des résultats de 104 gastrectomies pour cancer gastrique (22 GT et 84 GST).

Les résultats ont été les suivants :

Gastrectomie totale : 8 décès post-opératoires (36,3 %) ; une seule survie.

Gastrectomie subtotale : 19 décès post-opératoires (23,1 %) ; 28 survies (34,1 %).

. LORTAT-JACOB, à l'opposé, considère que la gastrectomie totale élargie de principe constitue "la conduite la plus logique dans les cancers enlevables par gastrectomie partielle", à condition que l'opéré soit un "sujet résistant sans lésions cardiaques ou pulmonaires prohibitives... susceptible de s'astreindre à une surveillance étroite de plusieurs mois et de s'adapter à une diététique sévère" et que soient réalisées, du côté du chirurgien, les conditions suivantes : "entraînement à cette chirurgie, existence d'une équipe d'anesthésie-réanimation également rompue à ses différents aspects, disposition d'un équipement suffisant...".

. Alain MOUCHET et ses collaborateurs (1960) rapportent 114 gastrectomies totales de nécessité et

23 gastrectomies totales de principe. La mortalité opératoire globale est de 27 %, tombée à 14 % en 1959. Concernant leurs 53 opérés de la période 1950-1954, pour lesquels les auteurs ont disposé du recul de cinq années, la survie est de 17 %.

. LAWRENCE et Mc NEER (Etats-Unis, 1960) ont comparé les résultats de 52 gastrectomies totales et de 51 gastrectomies subtotales ; les taux de survie sont respectivement de 21,4 % et 35,4 %.

. RUSH et BROWN (Etats-Unis, 1961) retrouvent 9 % de survie pour 69 gastrectomies totales contre 25 % pour 117 gastrectomies subtotales.

o
o o

QUE CONCLURE ?

= Les résultats de la gastrectomie pour cancer se sont nettement améliorés à partir de 1940-45. Ceci semblant dû, en grande partie, à la baisse de la mortalité opératoire : meilleure préparation des opérés, amélioration des techniques chirurgicales, meilleure anesthésie, antibiothérapie, maîtrise plus grande de la maladie post-opératoire.

= Les statistiques présentent souvent de grandes différences, car :

- les indications opératoires sont plus ou moins larges ;

- certains établissent les pourcentages de survie après avoir éliminé les décès dans les suites opératoires ;

- souvent, on n'a pu obtenir de nouvelles des

malades, et la coutume est de les considérer comme décédés ;

- la règle du recul de cinq années n'est pas toujours respectée ; or, cela nous semble indispensable pour le cancer de l'estomac : les décès sont fréquents entre trois et cinq ans après l'intervention; au-delà de cinq ans, par contre, ils sont vraiment assez rares : 2 à 3 %.

Beaucoup de statistiques, telle la nôtre, malheureusement, ne comprennent qu'un nombre limité de cas.

A l'opposé, des statistiques volumineuses risquent d'être hétérogènes quant aux opérateurs.

Compte tenu de ces remarques, on a vu, dans la statistique que nous avons rapportée :

- une mortalité opératoire de 14,9 % ;

- une survie de 5 ans de 28,3 % en envisageant la totalité des gastrectomies ;

- aucun survivant sur 8 gastrectomies totales de nécessité ;

- une survie de 5 ans de 32,2 % en ne tenant compte que des gastrectomies subtotales ; la mortalité opératoire étant alors de 13,5 %.

= Concernant la seule gastrectomie subtotale, ces chiffres sont légèrement supérieurs à la moyenne de survie de cinq ans des statistiques les plus récentes, qui se situe entre 25 et 30 %. Il correspond à la mortalité opératoire moyenne : 10 à 15 %.

= Il est beaucoup plus difficile de situer les résultats de la gastrectomie totale, car les statistiques ne font pas toujours la distinction entre totale de principe et totale de nécessité ; les résultats sont très différents d'un auteur à l'autre. Il semble que, en considérant globalement ces deux interventions, ils s'établissent à 10 ou 15 % de survie de

cinq ans avec une mortalité opératoire de 20 %.

Mais, malgré les progrès et les résultats non négligeables de la gastrectomie qui, indubitablement, guérit nombre de cancers, il semble que 8 à 10 % seulement des sujets atteints de cancer de l'estomac puissent, en l'état actuel des choses, espérer une survie de plus de cinq ans.

Nous avons, sur ce point, étudié essentiellement l'immense travail publié en 1960, aux Etats-Unis, par EDERER et CUTLER ; ceux-ci ont analysé les "survies globales", c'est-à-dire le rapport existant entre le nombre de cancers diagnostiqués et le nombre de cancers "guéris" ; ils donnent les chiffres suivants :

- Pour les 36 hôpitaux du Connecticut, entre 1935 et 1954 ..... 5369 cas, 6,7 %
- Mayo-Clinic, entre 1940 et 1949 .. 4000 cas, 14 %
- Cleveland Clinic, 1940-1945 ..... 406 cas, 7 %
- Hôpital de Los Angeles, 1930-1949. 2900 cas, 1,4 %
- Mount Sinaï Hospital, 1938-1942 .. 107 cas, 6,4 %
  1943-1947 .. 187 cas, 11,6 %
- Hôpital de l'Université de l'Illinois, ... 1931-1947 .. 1004 cas, 4,7 %
- Hôpital de l'Université de Michigan
  1934-1940 .. 609 cas, 8,2 %
  1941-1946 .. 655 cas, 7 %
- Massachussetts General Hospital,
  1937-1941 .. 375 cas, 0 %
  1942-1946 .. 457 cas, 7 %
  1947-1952 .. 380 cas, 12,9 %

o

o o

= Dans ce premier chapitre, consacré au pronostic dans son ensemble, abstraction faite de ses éléments constitutifs, nous avons vu la difficulté de tirer des conclusions formelles devant le fait évident de résultats souvent très différents d'un auteur à l'autre ; nous retrouverons cette difficulté tout au long de ce travail.

Nous avons été ainsi amené au procédé artificiel consistant à essayer de dégager une opinion moyenne.

Aussi bien n'est-ce qu'avec réserve que nous nous permettons d'avancer les chiffres suivants, qui ne sont cependant peut-être pas très éloignés de la réalité :

Sur 100 cancers diagnostiqués,

70 à 80 seront opérés,

dont 35 à 40 par gastrectomie ;

8 à 10 malades, en définitive, survivront plus de cinq ans.

LES ELEMENTS DU P R O N O S T I C

Nous les avons groupés dans deux grands chapitres, à savoir :

I/- LES ELEMENTS CONNUS AVANT LA GASTRECTOMIE ; ce sont :

- l'âge et le sexe de l'opéré ;
- les renseignements fournis par l'interrogatoire ;
- les données de l'examen physique ;
- les résultats des examens paracliniques.

2/- LES ELEMENTS APPORTES PAR LA GASTRECTOMIE, c'est-à-dire :

- la localisation du cancer ;
- l'aspect macroscopique de la tumeur ;
- ses dimensions ;
- l'envahissement ganglionnaire ;
- l'envahissement de la paroi gastrique ;
- le type histologique du cancer.

I/ - ELEMENTS CONNUS AVANT LA GASTRECTOMIE.

1)- VALEUR PRONOSTIQUE DE L'ÂGE DE L'OPERE.

C'est actuellement, semble-t-il, non pas entre 50 et 60 ans, mais entre 60 et 70 ans que le cancer de l'estomac est le plus fréquemment diagnostiqué. C'est dans cette tranche d'âge que se situe le plus grand nombre de nos gastrectomisés :

< 40 ans	40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 à 70 ans	70 à 80 ans	> 80 ans
1	9	20	26	10	1
1,4 %	13,5 %	29,8 %	38,8 %	14,9 %	1,4 %

Nous retrouvons des chiffres équivalents dans la statistique d'EKERS et EFSKIND (Norvège - 1.298 gastrectomies) :

< 40 ans	40 à 50 ans	50 à 60 ans	60 à 70 ans	> 70 ans
3,3 %	13,6 %	24,8 %	35,8 %	24,7 %

Les survies sont-elles plus longues selon telle ou telle tranche d'âge ?

La plupart de nos opérés, on vient de le voir, s'inscrivent dans deux groupes d'âge : 50 à 60 et 60 à 70 ans. Nous avons enregistré des différences de

survie considérables entre ces deux catégories : 9 survivants sur 20, soit 45 % pour la première tranche, et seulement 4 sur 26, soit 15,3 % pour la deuxième (Cf. Tableau N° 1, p. 72).

Une moindre résistance à l'intervention, due à un âge plus élevé, aurait pu être la raison de cette différence ; elle n'a joué, semble-t-il, que fort peu. En effet, si on relève un seul décès post-opératoire chez les sujets de moins de 60 ans contre six chez les opérés plus âgés, on constate quand même une marge importante entre les survies de 5 ans : les chiffres devenant : 50 à 60 ans : 8 sur 20, soit 40 % ; 60 à 70 ans : 4 sur 20, soit 25 %.

La statistique d'EKERS et EFSKIND donne les résultats suivants :

1)- Gastrectomies subtotales.

Age	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	> 80 ans
Survie 5 ans	21,2 %	29,5 %	30,6 %	29,9 %	28,4 %	21 %

2)- Gastrectomies totales.

Age	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans
Survie 5 ans	14,3 %	16,7 %	15,2 %

Les deux statistiques sont comparables, les différences entre les différents groupes d'âge moins brutales dans la statistique d'EKERS, les grands nombres atténuant les différences.

TABLEAU N° 1

SURVIE EN FONCTION DU SEXE ET DE L'AGE

	- 40 ans		40-50 ans		50-60 ans		60-70 ans		70-80 ans		+ 80 ans			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Décédés : Suites opératoires	0	0	1	0	1	0	3	2	2	1	0	0	7	3
Décédés : en deçà de 5 ans	0	1	4	1	6	4	9	8	2	2	1	0	22	16
Survivants : au-delà de 5 ans	0	0	1	2	6	3	1	3	2	1	0	0	10	9
TOTAL	0	1	6	3	13	7	13	13	6	4	1	0	39	28
Pourcentage de survivants	0 %	0 %	16,66	66,66%	46,15%	42,85	7,69%	23,07%	33,33	25 %	0 %	-		
	0 %		33,33 %		45 %		15,38 %		30 %		0 %		67	

L'ensemble de ces résultats nous conduit à conclure en faveur d'un pronostic légèrement meilleur chez les sujets âgés de 50 à 60 ans.

. C'est au-dessous de 20 ans que les résultats sont les plus défavorables : le cancer de l'estomac est très rare chez l'enfant et l'adolescent, mais il existe ; notre maître FUNCK-BRENTANO en a réuni 92 observations recueillies dans la littérature mondiale depuis 1848, dont 13 concernant des enfants au-dessous de 10 ans. FUNCK-BRENTANO a rapporté une observation personnelle : Garçon de 15 ans, présentant depuis l'âge de 10 ans des manifestations à type de digestions difficiles. Quelques années plus tard, ces troubles simulaient un ulcère gastro-duodénal ; un cliché gastrique (Décembre 1945) montra une rigidité segmentaire de la petite courbure. A l'intervention (Janvier 1946), elle se révéla traduire un cancer de la taille d'une noix, siégeant au niveau de l'angle gastrique. On pratiqua une gastrectomie des quatre-cinquièmes ; il s'agissait d'un épithélioma glandulaire ; les ganglions étaient envahis.

Dans les 92 observations de cancer survenu chez des sujets de moins de 20 ans, on retrouve, sur le plan opératoire : 12 gastrectomies, 8 gastro-entérostomies, 2 jéjunostomies, 1 anastomose cholédoco-jéjunale, 1 ablation de tumeur ovarienne.

Il est cependant un survivant : Garçon de 11 ans, opéré en Septembre 1934 à Iéna (Dr. GULEKE), d'un néoplasme intéressant l'antre et la petite courbure, remontant jusqu'à 3 cm. du cardia, avec envahissement ganglionnaire. Il fut pratiqué une gastrectomie (Bilroth II) ; histologiquement : "Cancer à cellules rondes, micro-alvéolaires, avec stroma peu abondant."

Autant qu'on en puisse juger, ce cancer ne semblait pas un très bon cas, en dehors même de l'âge : lésions très étendues, ganglions envahis ... ; or, 7 ans après, ce sujet vivait encore ... et, mieux,

était incorporé dans la Wehrmarcht... Il fut perdu de vue...

. Entre 20 et 40 ans, le cancer de l'estomac est rare, mais il n'est plus exceptionnel : 3,3 % dans la statistique d'EKERS ; 1,4 % dans la nôtre. GUTMANN estime à 2 % la fréquence de ces cancers au-dessous de 30 ans.

Chez ces sujets de moins de 40 ans, le pronostic est très défavorable, sans être toutefois catastrophique :

KATAMI (Japon - 687 gastrectomies) fait état des pourcentages suivants : 16,7 % de survie chez les opérés de moins de 40 ans ; 28,3 % chez ceux ayant dépassé la quarantaine ; 32,8 % au-delà de 50 ans.

La statistique de PEYCELON et BARNOLA (Lyon, 170 gastrectomies) ne laisse apparaître aucune survie au-dessous de 35 ans.

Dans la statistique dont nous faisons état, il n'est qu'une observation entrant dans cette catégorie (Obs. N° 66) : Femme de 34 ans, décédée en un peu moins de trois ans.

21,2 % de survie seulement dans la statistique d'EKERS et EFSKIND.

. Des résultats identiquement mauvais sont retrouvés au-dessus de 80 ans.

. De 40 à 50 ans, de 60 à 70 ans, les résultats sont moins favorables qu'entre 50 et 60 ans.

En conclusion, l'âge des opérés nous semble avoir une certaine valeur pronostique. C'est entre 50 et 60 ans que les résultats sont les moins mauvais ; avant 50 ans, le pronostic paraît d'autant

plus sombre que le sujet est plus jeune ; après 60 ans, il paraît d'autant plus mauvais que le sujet est plus âgé.

o o

2)- PRONOSTIC SELON LE SEXE.

Notre statistique comprend 39 gastrectomies effectuées chez l'homme, soit 58,2 %, et 28 chez la femme, soit 41,7 %. Une plus grande fréquence du cancer de l'estomac chez l'homme est un fait constamment remarqué ; une très récente publication (BARBER, Mayo-Clinic, Décembre 1961) indique que, sur 1.121 cancers diagnostiqués entre 1950 et 1953, 796 concernaient des hommes (71 %) et 325 des femmes (29 %). Notons que cet auteur, comparant sa statistique avec celle plus ancienne de BERKSON (Mayo-Clinic, 1907-1949), conclut à une certaine augmentation de la fréquence du cancer de l'estomac chez la femme.

Concernant le pronostic, il nous semble que l'on peut se montrer un peu plus optimiste chez la femme que chez l'homme :

Nous retrouvons, dans nos observations, les chiffres suivants : sur 28 femmes, 9, soit 32,1 %, ont survécu cinq ans ; sur 39 hommes, 10, soit 25,6%, ont eu une survie de même durée (Cf. Tableau N° 1, page 72).

Nous devons reconnaître des résultats différents (meilleur pronostic chez l'homme) dans d'autres statistiques, dans celle de LEWIN, par exemple.

Mais, des résultats sensiblement identiques aux nôtres ressortent de deux statistiques très copieuses que nous avons compulsées :

- BERKSON (4.597 gastrectomies) indique, en

effet, un meilleur pronostic lointain et moins de décès post-opératoires chez la femme.

- EKERS (1.314 gastrectomies) retrouve, chez la femme, 28,1 % de survie de 5 ans, contre 25,1 % chez l'homme.

Cet ensemble nous conduit à conclure que le pronostic du cancer de l'estomac après gastrectomie est légèrement meilleur chez la femme que chez l'homme.

o o

3)- EXAMEN DU MALADE ET PRONOSTIC.

A)- Les symptômes.

Plusieurs des observations que nous rapportons (Observations N° 5-7-10-12-14-43) concernent des malades venus consulter de nombreuses années après l'apparition des signes fonctionnels ; cinq d'entre eux ont dépassé les cinq ans de survie.

Nous rappellerons ici l'histoire clinique du dernier (Obs. N° 43) :

Le diagnostic de cancer gastrique avait été porté radiologiquement en 1943. Par suite des "évènements", l'intervention fut remise ; les manifestations fonctionnelles s'amendèrent pendant plusieurs années et réapparurent en 1952. Le malade fut alors opéré. Il décéda au bout de dix-huit mois. Il semble s'agir là d'un cancer ayant évolué d'abord très lentement, puis survint une poussée évolutive ...

LAMBLING distingue deux formes évolutives de cancer gastrique :

a)- Les unes comprennent les formes classiques d'évolution habituellement rapide, à période initia-

le brève et de pronostic fâcheux. Ces formes concernent les quatre cinquièmes des cas.

b)- Les autres, d'évolution lente, peu extensives, de pronostic meilleur. Elles comprennent les cancers ulcériformes et répondent à un cinquième des cas.

Parmi ces cancers ulcériformes, se trouvent les épithéliomas muco-érosifs : ils empruntent une symptomatologie douloureuse, pseudo-ulcéreuse surtout ; la guérison reste possible après plusieurs années de manifestations fonctionnelles.

Se plaçant sur un plan plus général, KLASS (Winnipeg, 1953) rapporte la nécessité, du point de vue pronostique, de réviser nos idées sur les cas dits "précoces et tardifs".

"Comme l'ont souligné ANDERSON et ses collaborateurs de la Mayo-Clinic, une anamnèse courte fait supposer une évolution rapide, tandis qu'une anamnèse prolongée permet un optimisme relatif".

KLASS rappelle également la statistique de SWYNNERTON et TRUELOVE (Oxford, 114 gastrectomies); ils ont trouvé les taux de survie de cinq ans suivants :

5 % chez les malades ayant eu des symptômes dans les six mois ayant précédé l'intervention ;

30 % chez ceux dont l'histoire était longue de vingt-quatre mois ;

46 % chez ceux où elle remontait à deux ans et demi.

En conclusion, il semble que :

- Certains cancers amènent rapidement à consulter. Ce sont fréquemment des cancers très évolutifs; les résultats seront souvent mauvais, malgré la précocité de l'intervention.

- D'autres, d'évolution lente, ne seront fré-

quemment évoqués qu'après plusieurs années. Leur lenteur évolutive permettra cependant nombre de guérisons.

Il en résulte que :

- un pessimisme exagéré ne s'impose pas nécessairement devant un cancer évoluant depuis "longtemps".

- La précocité du diagnostic demeure un élément très important. Car, c'est précisément dans des cas destinés à évoluer lentement qu'une intervention, sinon au "début" du moins "assez près du début d'une évolution lente, devrait accroître considérablement les chances de guérison."

B)- L'examen physique.

Il apporte surtout des contre-indications à l'intervention : métastases perceptibles à distance: foie, ganglion de Troisier, ..., considérations qui n'entrent pas dans le cadre de notre travail.

Nous voudrions simplement rappeler que l'existence d'une tumeur cliniquement perceptible ne doit pas, par sa seule présence, faire renoncer à intervenir.

Il n'est pas exceptionnel que cette lésion soit extirpable et que l'opéré guérisse. Nous en avons un exemple (Obs. N° 9) :

- Masse abdominale volumineuse au point qu'on a hésité à confier cette malade au chirurgien. Or, cette malade, opérée en 1951, est toujours en vie et en parfaite santé à l'heure actuelle (au moins dix ans de survie).

MARSHALL et ADAMSON (U.S.A., 1959 - 688 gastrectomies) relèvent, dans les cas de tumeurs cliniquement palpables, un pourcentage de survie qui n'est pas négligeable, puisqu'il se situe à 14,9 %.

C)- La radiologie.

Les images radiologiques sont la traduction directe ou indirecte de la localisation, du volume, de l'aspect macroscopique du néoplasme. Nous rappellerons simplement ici la question des cancers de l'angle gastrique dont l'image radiologique : "Niche siégeant dans une lacune en arc au niveau de l'angle de la petite courbure" est bien connue depuis GUTMANN et dont le pronostic semble particulièrement bon (Dr. FUMERY).

D)- Le laboratoire.

Nous terminerons cette première partie, consacrée aux renseignements connus avant l'intervention, en faisant mention du problème de l'hypochlorhydrie des cancers.

Cette notion, à laquelle fut attribuée naguère une valeur diagnostique certaine, est maintenant abandonnée sous cet angle.

BERKSON d'une part, BLALOCK d'autre part, attribuent à la découverte d'une hypochlorhydrie une signification non plus diagnostique mais pronostique importante : elle serait le fait de cancers anciens ou de lésions étendues.

o

o o

II/ - ELEMENTS DU PRONOSTIC APPORTES PAR LA GASTRECTOMIE

1) - LA LOCALISATION DU CANCER.

Que penser de la valeur pronostique de la localisation du cancer à telle ou telle région de l'estomac à partir du moment où une gastrectomie a été pratiquée ?

. Nous avons pu étudier ce problème dans 62 des observations dont nous avons fait état ; 5 autres ont été négligées, le siège de la tumeur n'étant pas indiqué dans les comptes rendus opératoires avec une précision suffisante (Cf. Tableau N° 2, page 81).

- Chez quatre opérés, la totalité de l'estomac était envahie ; ils sont, tous les quatre, décédés. (Obs. N° 20-60-62-65).

- Le seul opéré pour cancer de la grosse tubérosité est mort au bout de 31 mois (Obs. N° 41).

- Nous rapprocherons de ces différentes observations un cas de cancérisation du moignon gastrique après gastrectomie partielle pour ulcère (Obs. N°28): le sujet est décédé quelques jours après une gastrectomie totale secondaire.

Dans ce premier groupe de six dossiers concernant les cancers de la grosse tubérosité et les cancers totaux, nous ne retrouvons donc aucun survivant.

. Etudiant les autres groupes d'opérés, nous voyons que 23 d'entre eux étaient atteints d'un cancer siégeant au niveau du corps de l'estomac : 13 au niveau de la petite courbure, 3 de la grande courbure, 7 sur la face postérieure, aucun sur la face antérieure.

8 de ces malades ont survécu ; globalement,

TABLEAU N° 2

SURVIE EN FONCTION DU SIEGE

	Pylore	Antre	Angle gastr.	Petite courb.	Grande courb.	Face antér.	Face postér.	Cardio-tubér.	Cancer total	Double local.	Moignon gastr.	Indé-term.	
Décédés : Suites opératoires	0	5	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0	10
Décédés : en deçà de 5 ans	4	11	1	7	1	0	4	1	3	2	0	4	38
Survivants au-delà de 5 ans	2	4	4	3	2	0	3	0	0	0	0	1	19
TOTAL	6	20	5	13	3	0	7	1	4	2	1	5	67

cette localisation corporéale nous laisse donc un assez bon résultat, en relation avec ceux obtenus dans les cancers de la face postérieure : 3 survies sur 7, et de la grande courbure : 2 sur 3. En effet, sur 13 cancers localisés à la petite courbure, 3 seulement survécurent.

. Mauvais résultat également dans les cancers de l'antre : sur nos 20 observations, 4 seulement sont comprises dans le groupe des survivants ; par contre, dans les localisations pyloriques, 2 opérés sur 6 survécurent.

Si nous considérons la localisation antro-pylorique dans son ensemble, nous obtenons 6 survies sur 26.

En résumé, nous retrouvons :

- de bons résultats au niveau :

  de la grande courbure,
  de la face postérieure ;

- de mauvais résultats au niveau :

  de la petite courbure,
  de l'antre ;

- des résultats assez favorables au niveau :

  du pylore.

Davantage de survies au niveau du corps de l'estomac pris dans son ensemble qu'au niveau de la région antro-pylorique.

. Nous considérerons à part les cancers de l'angle gastrique. Cette localisation se retrouve dans cinq des observations que nous rapportons (Obs. 5-7-8-10-43), chiffre insuffisant pour conclure fermement, mais des résultats excellents ont été obtenus ; quatre

survies, toutes fort longues : trois des opérés sont toujours vivants, respectivement depuis 12 ans, 11 ans et 10 ans ; le quatrième est mort près de 10 ans après la gastrectomie (éthylisme notoire). Le décès avant 5 ans est, on l'a déjà vu (Obs. N° 43), survenu chez un sujet opéré 9 ans après que le diagnostic eût été porté.

Cette localisation, dont on a déjà vu la traduction radiologique, semble mériter des études ultérieures approfondies (Dr. FUMERY).

= Que voyons-nous dans les diverses statistiques que nous avons consultées ?

. WEISS et HOLLANDER (1950 - 203 gastrectomies) affirment que le siège ne saurait constituer un facteur pronostique ; ils ne retrouvent pas, dans leur statistique, de différences significatives entre les diverses localisations.

. Au contraire, la statistique de GUISS (Los Angeles - 1951 - 280 gastrectomies) fait apparaître de meilleurs résultats dans les cancers de la région pylorique et, à son avis, chez un sujet atteint d'un cancer ayant une telle localisation, l'avenir peut être envisagé avec quelque optimisme, à condition qu'il n'y ait pas de métastases ganglionnaires.

. Plus récemment, BLALOCK et OSCHNER (1957 - 193 opérés) concluent, eux aussi, en faveur du meilleur pronostic des cancers localisés à la partie inférieure de l'estomac :

- localisation pylorique : 43 % de survies de 5 ans
- grande courbure .....: 17 % " " "
- grosse tubérosité .....: 6 % " " "
- cancer du cardia .....:)
- cancers totaux .....:) aucune survie.

. LAMBLING et POTET (1961) situent au niveau de l'antre la majorité de leurs "cancers superficiels de l'estomac ..." dont on verra l'excellent pronostic.

. LEVRAT et LESBRES (Lyon, 1957 - 426 cancers traités entre 1943 et 1957) retrouvent de mauvais résultats dans les cancers cardio-tubérositaires, les cancers du corps, les cancers totaux. Ils obtiennent davantage de succès dans les tumeurs antro-pyloriques.

. En 1958, DUFOUR et DAREYS (Bordeaux - 127 gastrectomies) attribuent un pronostic assez bon au cancer du pylore ; ils ont constaté très peu de survies dans les cancers de la petite courbure ; nous avons fait, on l'a vu, la même constatation.

. JAUFFRET, élève de Charles DEBRAY, a consacré sa thèse (1958) aux cancers de la grosse tubérosité et rapporté des résultats décevants.

. En 1959, nous voyons LE ROY, dans sa publication de 200 interventions pour cancer de l'estomac, estimer que "le cancer du pylore constitue l'éventualité la plus défavorable...".

. Alain MOUCHET, un peu plus tard, discutera cette opinion, estimant, pour sa part, n'avoir rien trouvé qui permette de confirmer la gravité, a priori, des cancers pyloriques. Il pense, au contraire, que la localisation antro-pylorique comporte un pronostic très favorable ; il rejoint en cela l'opinion de GUISS.

. EKER et EFSKIND (Norvège, 1961 - 1.314 gastrectomies) attribuent aux tumeurs de l'antre le meilleur pronostic (38 % de survies de 5 ans). Ils apportent à ce propos la précision suivante :

Les chances de survie, en fonction de la distance de la tumeur par rapport au sphincter pylorique (examen effectué dans 575 cas), se révèlent plus

faibles lorsque la tumeur est située à moins d'un centimètre du sphincter pylorique ; elles n'atteignent que 25 % (Une grande majorité de cancers squirrheux (linites) figurent dans ce groupe).

Les chances de survie diminuent à nouveau lorsque la distance entre la tumeur et le sphincter pylorique dépassent six centimètres ; elles tombent alors à moins de 20 %.

Les cas les plus favorables seraient donc ceux situés entre un et six centimètres du sphincter pylorique.

Les localisations au cardia et les tumeurs intéressant la totalité de l'estomac ont le pronostic le plus sombre (4 % de survie).

Le pronostic des tumeurs du corps serait un peu moins bon que celui des tumeurs de l'antre (28 % de survie environ).

Quant à la localisation aux courbures, on constate que les tumeurs localisées à la petite courbure apportent les meilleurs résultats (31 % de survie environ).

= Quelles conclusions tirer de l'examen des observations que nous publions et de l'ensemble des statistiques citées ?

Quelques localisations font l'unanimité :

- Résultats indubitablement très mauvais détenus dans les cancers du cardia, de la grosse tubérosité et, bien entendu, dans les cancers totaux.

- Nettement meilleurs sont les résultats des autres localisations ; mais il est délicat de préciser le pronostic de l'une par rapport aux autres :

. le cancer du pylore apparaît de bon pronostic à certains, de mauvais augure à d'autres... ;

. . de même le cancer de la petite courbure..;

. les cancers de la face postérieure, les cancers de la grande courbure sont considérés par beaucoup comme comportant un mauvais pronostic ; ils nous ont donné de bons résultats opératoires.

. les cancers du corps, pris dans leur ensemble, donnent des résultats, tantôt meilleurs, tantôt moins bons que les cancers antro-pyloriques envisagés globalement.

Cependant, il semble que les plus grandes chances de survie soient données par les tumeurs de l'antre. A ce sujet, les résultats favorables obtenus par EKER dans les tumeurs situées entre un et six centimètres du pylore (nous y rattacherons les cancers de l'angle gastrique) nous semblent mériter d'être vérifiées systématiquement.

o o

2)- ASPECT MACROSCOPIQUE DE LA LESION ET PRONOSTIC.

. La classification de BORMAN répartit les cancers de l'estomac selon quatre groupes :

Type I : Carcinomes polypoïdes nettement délimités.

Type II : Carcinomes ulcéreux nettement délimités.

Type III : Carcinomes partiellement infiltratifs.

Type IV : Tumeurs infiltratives diffuses, sans limites nettes.

. Quelle signification pronostique attribuer à la découverte, lors de l'intervention, de l'une ou de l'autre de ces formes ?

Certains auteurs (PEYCELON et BARNOLA, BLALOCK et OSHNER, LEVRAT et LESBRES) attribuent le pronostic le meilleur aux formes ulcéreuses ; le plus mauvais aux formes infiltrantes ; les formes polypoïdes occupant une place intermédiaire. BLALOCK et OSHNER (en 1957 - 193 opérés) indiquent les chiffres suivants :

67 % de survie de cinq ans en cas de tumeurs ulcéreuses,
22 % pour les tumeurs végétantes,
11 % pour les tumeurs diffuses.

Dans d'autres publications : SHINDLER (Etats-Unis, 1946 - 107 gastrectomies); MOORE et MORTON (Etats-Unis, 1955 - 97 gastrectomies) ; KATAMI (1955-687 gastrectomies), nous retrouvons le mauvais pronostic des formes infiltrantes, la signification bien meilleure des formes végétantes et ulcéreuses. Mais ces auteurs placent sensiblement sur le même plan ces deux types de tumeurs. KATAMI, qui a étudié ce problème dans 430 dossiers, donne les chiffres suivants :

Types I et II de BORMAN (22 et 282 cas respectivement), la survie de cinq ans est de 36,2 %.

Types III et IV (91 et 35 cas), la survie de cinq ans n'est que de 12,3 %.

Deux très importantes et récentes statistiques, celle de RAKOV et celle d'EKER, font apparaître également le mauvais pronostic des cancers infiltrants. Mais il en ressort que les résultats les plus favorables sont donnés par les tumeurs végétantes.

RAKOV (Russie, 1961 - 1.508 gastrectomies) a consacré son étude aux "résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'estomac et à leurs facteurs déterminants". Il accorde un rôle pronostique de premier plan au type anatomique de la tumeur.

Il oppose deux chiffres : l'un concerne le taux de survie de cinq ans des tumeurs végétantes : RAKOV donne le chiffre énorme de 82,3 % de survie ;

l'autre s'applique aux formes infiltrantes : 16,3 %.

EKER et EFSKIND (Norvège, 1960 - 1.314 gastrectomies), tout en attribuant une assez grande importance à l'aspect macroscopique des lésions, ne le considèrent cependant pas comme étant "un élément majeur du pronostic".

Les résultats qu'ils indiquent sont superposables à ceux rapportés par RAKOV, mais les écarts sont moins importants :

- 40 % de survie en cas de tumeurs végétantes ;
- 10 % dans les cas de tumeurs infiltrantes diffuses;
- les cancers ulcéreux constituent un type intermédiaire.

• En conclusion, il semble établi que le type macroscopique de la tumeur revêt une importance pronostique certaine :

- les formes végétantes paraissent les plus favorables;
- les formes ulcéreuses sont d'un pronostic à peu près comparable ;
- les formes infiltrantes, sauf si elles sont très localisées, sont de beaucoup les plus mauvaises.

o o

3) - VALEUR PRONOSTIQUE DES DIMENSIONS DE LA TUMEUR.

• Chez 25 des 67 gastrectomisés composant la statistique que nous rapportons, la tumeur avait, au moment de l'intervention, atteint un volume important. 5 de ces opérés ont pourtant survécu cinq ans.

• KATAMI (Japon, 1955 - 687 gastrectomies) indique 35,9 % de survie de cinq ans pour les "petites"

tumeurs et 31,9 % pour les "grandes".

. Nous avons déjà fait mention du chapitre "symptômes et pronostic" du travail que MARSHALL et ADAMSON ont consacré aux tumeurs cliniquement palpables.

. Tout récemment, EKER d'une part, BARBER d'autre part, ont étudié très en détail cette question des rapports existant entre le volume du cancer et le pronostic.

. EKER (Norvège, 1960 - 1.314 gastrectomies), dont le pourcentage de survie de cinq ans dans l'ensemble de sa statistique est de 20 %, a constaté un assez gros pourcentage de guérison (38 %) dans le cas de lésions mesurant moins de 3 centimètres de diamètre. Ce n'est malheureusement que dans 3,4 % des cas que cette dimension n'avait pas été dépassée. A l'opposé, il n'a retrouvé aucune survie de cinq ans dans les cas où la tumeur mesurait plus de 15 centimètres. Si elle est comprise entre 3 et 15 centimètres, la taille de la lésion semble ne pas avoir une grande importance.

. BARBER (Mayo-Clinic, 1961 - 572 gastrectomies) attache un grand intérêt pronostique au volume de la tumeur : il a pu étudier ce problème chez 526 opérés et trouve un taux de survie de cinq ans très différent selon que la lésion mesure plus ou moins de 4 centimètres :

moins de 4 cm. : 120 cas : 54,2 % de survie de 5 ans.

plus de 4 cm. : 406 cas : 21,2 % de survie de 5 ans.

. Il semble possible de conclure ainsi :

- Les chances de survie sont importantes tant que la tumeur n'a pas dépassé 3 ou 4 cm. dans son plus grand diamètre.

- Inversement, elles sont "inexistantes" quand le néoplasme mesure plus de 15 centimètres.

- Entre ces deux extrêmes, il ne semble pas y avoir de relations étroites entre le volume de la tumeur et le pronostic.

o o

4) - INTERET PRONOSTIQUE DE L'ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE.

Le caractère extrêmement péjoratif de l'envahissement ganglionnaire par les cellules cancéreuses est une notion bien établie.

S'agissant du cancer de l'estomac, nous citerons les résultats suivants :

. BERKSON (Mayo-Clinic, 1952 - 4.597 gastrectomies) :

Survie moyenne de 5 ans : 25 %.
" sans métastase : 48 %
" en cas de métastase : 18,6 %

. PEYCELON et BARNOLA (Lyon, 1955 - 170 gastrectomies) :

Survie moyenne :..... 25 %
" avec métastases : 14 %

. WANGENSTEEN (1953 - 106 gastrectomies) :

Survie en dehors de métastases : 57,3 %
" en cas de métastases ... : 20,7 %

. MARSHALL et ADAMSON (Etats-Unis, 1959 - 688 gastrectomies) ont plus particulièrement étudié les conséquences de l'envahissement ganglionnaire dans leurs 170 observations de gastrectomie totale. Ils ont constaté :

18,5 % de survie de cinq ans dans le groupe des sujets avec atteinte ganglionnaire ;

43,6 % de survivants chez ceux qui en étaient indemnes.

. Michel CONTE (1960), analysant l'état ganglionnaire dans 41 dossiers (54 envisagés dans l'ensemble de sa publication), trouve :

29,1 % de survie dans les cas avec métastases,

57,1 % de survie dans les cas sans métastases.

. EKER et EFSKIND (Norvège, 1960 - 1.314 gastrectomies), dont la statistique indique une survie moyenne de 20 %, voient ce chiffre passer à 29 % lorsqu'il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire. Ils ont poussé plus loin l'analyse de cette question et constaté que le taux diminue brutalement à mesure que croît l'ampleur de l'envahissement ganglionnaire. Les chances de survie ne sont plus que de l'ordre de 1 à 4 % à partir du moment où 50 % des ganglions sont envahis.

. Des résultats comparables à ceux que nous venons de détailler se retrouvent dans pratiquement toutes les publications : GUISS, GAMBLE et Mc GEE, MOORE et MORTON, SHAHON, BEREZOV, LAMBLING et DAUPHIN, LE ROY, Alain MOUCHET, BLALOCK et OSHNER, EDERER, RAKOV...

. Dans notre statistique, de même, le pourcentage de survie de cinq ans passe de 28,35 % à 42,8 % lorsque les ganglions n'étaient pas envahis.

= En conclusion :

- Dans le domaine de la valeur pronostique de l'envahissement ganglionnaire,

. les résultats concordent,

. les opinions sont unanimes.

- La recherche de cet envahissement revêt une grande importance.

- L'atteinte ganglionnaire diminue très fortement les chances de survie de l'opéré.

- Le pourcentage de survie de cinq ans, en effet, est de 2 à 3 fois plus important lorsque les ganglions sont indemnes.

o o

5)- ENVAHISSEMENT DE LA PAROI GASTRIQUE & PRONOSTIC.

. GUTMANN, en décrivant avec Ivan BERTRAND l'épithélioma muco-érosif, a, le premier, attiré l'attention sur le caractère très favorable que présentait l'intégrité de la muscularis mucosae.

Nous rappellerons brièvement les principaux caractères attribués à l'épithélioma muco-érosif par GUTMANN :

- Il constitue le stade initial de tous les cancers gastriques.

- On ne le retrouve que peu fréquemment à l'intervention, le diagnostic du cancer de l'estomac n'étant bien trop souvent établi que très tardivement.

- Il offre l'aspect macroscopique d'une exulcération à bords serpigineux souvent très étendue : 5 à 6 cm. dans son plus grand axe.

- Microscopiquement, la cancérisation est strictement limitée à la muqueuse.

- A ce stade de l'évolution du cancer, le pronostic est excellent.

. Tout récemment, LAMBLING et son élève POTET ont fait de l'épithélioma muco-érosif, non pas le stade de début de tous les cancers, mais une forme particulière de cancer gastrique. Nous reviendrons sur ce point lors du chapitre consacré au type histologique de ces cancers.

. L'analyse de notre statistique conduit à un certain nombre de constatations (Cf. Tableau N° 3, page 94) :

- La plupart des malades (85 %) ont été gastrectomisés alors que les lésions étaient déjà très étendues.

- La pénétration des cellules cancéreuses dans la musculeuse et, surtout, l'atteinte totale de la paroi assombrissent beaucoup le pronostic immédiat (suites opératoires) et éloigné.

- Les chances de survie sont importantes si le néoplasme n'a pas dépassé la sous-muqueuse.

- La survie reste parfaitement possible malgré des lésions très envahissantes.

Il n'y a pas, sur ce point, de divergences d'opinion :

KATAMI (Japon, 1955 - 687 gastrectomies) a constaté, dans l'ensemble de sa statistique, une survie moyenne de 29,2 %. Ce chiffre tombe à 21 % dans les cas avec envahissement de la sous-séreuse.

Michel CONTE (1960 - 54 gastrectomies) considère l'envahissement de toute la paroi, sous-séreuse incluse, comme un élément très défavorable (11 décès sur 11 cas).

EKER (Norvège, 1960 - 1.314 gastrectomies) attribue une importance pronostique considérable au degré d'envahissement des diverses tuniques de l'estomac.

RAKOV (Russie, 1961 - 1.508 gastrectomies) place, lui aussi, l'étude de ce point au premier plan des éléments de pronostic du cancer de l'estomac opéré.

. Nous placerons à part les travaux de LEWIN

TABLEAU N° 3

SURVIE EN FONCTION DE L'ENVAHISSEMENT DE LA PAROI

	Muscularis mucosae intacte	Sous-muqueuse envahie	Musculeuse envahie	Paroi envahie en totalité	
Décédés : Suites opératoires	0	0	2	8	10
Décédés en deçà de 5 ans	1	3	12	15	31
Survivants au-delà de 5 ans	0	4	7	5	16
T O T A L	1	7	21	28	57
Pourcentage de survivants		57,1 %	33,3 %	17,8 %	

(Göteborg), basés sur l'analyse des dossiers de 532 malades atteints de cancer gastrique.

Il attribue, certes, une valeur importante à l'étude de la "profondeur de la pénétration" ; mais il place en tête des éléments du pronostic ce qu'il appelle le "mode de croissance".

Il entend par ce terme le mode d'extension de la tumeur au tissu environnant, c'est-à-dire l'extension périphérique de formations tumorales relativement grandes ou de groupes ou de cellules plus ou moins isolés.

Le mode de croissance comporterait trois étapes :

"V_1 : mode de croissance en formations nettement délimitées par rapport aux tissus environnants.

V_2 : morcellement incipiant des formations tumorales en amas plus petits, bien qu'on puisse encore distinguer de gros agrégats de groupes cellulaires.

V_3 : les grosses formations sont complètement dispersées et la croissance se poursuit de manière diffuse avec des cellules ou de petits groupes cellulaires épars."

La constatation d'un "mode de croissance V_1" permettrait d'envisager l'avenir avec beaucoup plus d'optimisme que celle d'un type V_2 ou à plus forte raison V_3.

= Notre conclusion sera que :

L'étude du degré de profondeur atteint par les cellules cancéreuses permet, dans une large mesure, de juger de l'avenir de l'opéré. En effet :

- si la muscularis mucosae est intacte, les chances de survie sont très nombreuses ;

- elles restent importantes tant que la mus-

culeuse n'est pas atteinte ;

- le franchissement en totalité de la musculeuse et, de ce fait, l'envahissement de la sous-séreuse, sont extrêmement fâcheux ; mais la survie est quand même loin d'être impossible.

o o

6) - INTÉRÊT PRONOSTIQUE DU TYPE HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR.

= Y a-t-il un rapport entre le type histologique du cancer de l'estomac et les chances de survie après la gastrectomie ?

- Un certain nombre de travaux, récemment encore, ont envisagé ce problème.

- Nous comparerons leurs conclusions à celles qui ressortent de l'étude de la statistique que nous rapportons (Cf. Tableau N° 4, page 97).

- De notables différences de langage, des nomenclatures dissemblables sont retrouvées d'une publication à l'autre.

- Dans un but de simplification et, sans doute, un peu artificiellement, nous avons envisagé leurs diverses conclusions sous l'angle de la classification suivante (Pr. Agrégé DUPERRAT) :

1)- Epithéliomas muco-érosifs (GUTMANN),
Cancers superficiels de l'estomac (LAMBLING).

2)- Epithéliomas glandulaires différenciés.

3)- Epithéliomas glandulaires indifférenciés.

4)- Epithéliomas dimorphes.

5)- Cancers colloïdes.

6)- Linite plastique.

T A B L E A U N° 4

SURVIE EN FONCTION DU TYPE HISTOLOGIQUE

	Cancer superficiel (Lambling)	Epithélioma muco-érosif (Gutmann)	Epithélioma glandulaire différencié	Epithélioma glandulaire indifférencié	Epithélioma dimorphe	Cancer colloïde	Linite plastique	Ulcères dégénérés	Polypes dégénérés	Sarcomes	
Décédés : Suites opératoires	0		8	0	1	1	0	0	0	0	10
Décédés : en deçà de 5 ans	1		15	2	7	3	4	3	0	0	35
Survivants au-delà de 5 ans	0		9	3	2	3	1	1	0	0	19
T O T A L ..	1		32	5	10	**7**	5	4	0	0	64

7)- Ulcères dégénérés.

8)- Polypes dégénérés.

9)- Sarcomes.

= Nous envisagerons tout d'abord les conclusions d'un certain nombre de publications.

En 1950 :

. WEISS et HOLLANDER (203 gastrectomies) signalent peu de survies dans leurs cas d'épithéliomas glandulaires différenciés et dans les linites ; une mauvaise évolution des ulcères dégénérés.

En 1955 :

. PEYCELON et BARNOLA (Lyon - 170 gastrectomies) concluent que le type histologique de la tumeur ne joue aucun rôle, hormis la gravité des épithéliomas colloïdes.

. KATAMI (Japon - 687 gastrectomies) estime, par contre, que la forme histologique influe sur la survie. Celle-ci est la plus fréquente dans les cas d'épithéliomas glandulaires différenciés (53,8 %), la plus faible dans les cas de linite et de cancer colloïde (23,1 %).

. MOORE et MORTON (Etats-Unis - 97 gastrectomies) obtiennent de même leur meilleur pourcentage de survie avec les épithéliomas glandulaires différenciés, les plus mauvais avec les linites.

En 1957 :

. LEVRAT et LESBRES (Lyon - 117 gastrectomies) n'attribuent pratiquement pas de valeur au type histologique de la tumeur.

. De même, BLALOCK et OSHNER (193 gastrectomies) estiment que l'étude de l'aspect microscopique a peu d'intérêt pronostique.

En 1959 :

• MARSHALL et ADAMSON (Etats-Unis - 688 gastrectomies) concluent de leur volumineuse statistique que l'aspect microscopique des tumeurs ne paraît pas important sur le plan pronostique.

En 1960 :

• EKER et EFSKIND (Norvège - 1.314 gastrectomies) attribuent un rôle pronostique secondaire à l'histologie, retrouvant cependant des résultats meilleurs dans des épithéliomas glandulaires différenciés. Les plus défavorables concernent les cas de linite et de cancer colloïde.

• Michel CONTE (54 gastrectomies) a été frappé par les très mauvais résultats de sa statistique concernant les cancers indifférenciés qu'il classe en linitiques et non linitiques : 1 survie sur 16 gastrectomies. Les résultats les plus favorables concernent les épithéliomas glandulaires différenciés.

• LEWIN (Suède - 532 malades) retrouve, lui aussi, ses meilleurs résultats dans les épithéliomas glandulaires différenciés, mais n'accorde qu'une place de second plan à la valeur pronostique de l'histologie.

En 1961 :

• RAKOV (Leningrad - 1.508 gastrectomies) est formel ; il insiste sur le fait que le type histologique de la tumeur ne joue aucun rôle pronostique.

• Nous mettrons à part le travail de WOIMANT (Thèse 1951, inspirée par GUTMANN) consacré au sarcome gastrique, dont notre statistique ne comporte aucun exemple. Il souligne leur rareté (2 à 3 % des tumeurs malignes) et leur pronostic assez favorable: 24 survies de plus de 5 ans sur 84 interventions.

= Il résulte de tous ces éléments que :

. Peu d'auteurs attribuent une place importante au type histologique du cancer parmi les éléments du pronostic.

. Certains lui dénient tout intérêt.

. La majorité lui font tenir un rôle assez secondaire :

D'une manière très générale, les épithéliomas glandulaires différenciés, qui représentent 50% du nombre total des cancers gastriques, semblent avoir une évolution plus favorable que les cancers indifférenciés.

Les cancers colloïdes et surtout la linite plastique ont un mauvais pronostic ; mais la survie est loin d'être exceptionnelle.

Les quelques rares cas de sarcome ne semblent pas avoir une évolution trop défavorable.

= Avant de comparer cette analyse, aux conclusions émanant de la statistique dont nous avons disposé, nous ferons une place à part à l'épithélioma muco-érosif (GUTMANN).

. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître son excellent pronostic. Il a été décrit comme le "stade de début obligatoire" de tous les cancers.

. De ce fait, dans le cadre des éléments du pronostic, sa place se situait au chapitre consacré au degré d'envahissement de la paroi gastrique.

. Nous en avons parlé à ce propos.

. Une récente publication de LAMBLING (Thèse de POTET, 1961) tend à en faire un type de cancer particulier, ayant sa propre autonomie, qu'il propose d'appeler "cancer superficiel de l'estomac loca-

lisé à la muqueuse" et auquel il attribue les caractères suivants :

- Cliniquement : symptomatologie douloureuse, pseudo-ulcéreuse surtout.

- Radiologiquement : deux images doivent l'évoquer surtout : ménisque, niche plate de face.

- Il siège le plus fréquemment au niveau de l'antre.

- Macroscopiquement : exulcération de la muqueuse, très étendue en surface.

- Histologiquement : suivant la plus ou moins grande précocité de l'intervention, ils seront retrouvés à différents stades.

Stade 0 : simple "dévergondage cellulaire" au niveau d'un tube glandulaire, remarquable simplement par ses anomalies cytologiques et nucléaires qui sont celles d'un cancer. (C'est l'équivalent, au niveau du cancer de l'estomac, du cancer in situ du col utérin de FUNCK-BRENTANO, MORICARD, PALMER et de BRUX).

Stade I : cancer purement muqueux.

Stade II : envahissement limité de la sous-muqueuse.

Stade III : envahissement de toute la paroi.

Stade IV : métastase ganglionnaire.

A tous ces stades, on retrouve trois caractères qui sont de ceux faisant pencher LAMBLING vers l'unicité de cette lésion : lésion étendue en surface ; exulcération ; sous-muqueuse épaissie.

L'évolution est extrêmement lente, avec une histoire clinique souvent très longue, une extension très longtemps en surface avant d'envahir la profondeur de la paroi gastrique.

Le pronostic très favorable.

Ce type de cancer de l'estomac est malheureusement assez rare : 24 sur 424 cancers dans la statistique de LAMBLING, soit 5,65 %.

= Dans la statistique que nous publions, les épithéliomas glandulaires différenciés représentent 50 % des cas (32 sur 64). On retrouve :

10 épithéliomas dimorphes,
7 cancers colloïdes,
5 épithéliomas glandulaires différenciés,
5 linites plastiques,
4 ulcères dégénérés,
1 "cancer superficiel",
aucun polype dégénéré,
aucun sarcome.

Le gros pourcentage d'épithéliomas glandulaires différenciés correspond sensiblement au chiffre des autres publications.

. Les plus gros pourcentages de survie de 5 ans concernent :

- les épithéliomas glandulaires indifférenciés (3 sur 5),
- les cancers colloïdes (3 sur 7).

. Les plus faibles se retrouvent dans les cas de :

- linite plastique (1 sur 5),
- épithélioma dimorphe (2 sur 10).

. Des pourcentages voisins de la survie moyenne retrouvée dans l'ensemble de notre statistique sont donnés par :

- les épithéliomas glandulaires différenciés (9 sur 32),
- les ulcères dégénérés (1 sur 4).

. Nous mettons à part le seul cas d'épithélioma muco-érosif retrouvé dans notre statistique.

Statistiquement, un seul cas est, bien évidemment, inutilisable. Il s'agissait d'une femme malheureusement décédée au bout de trois ans et demi, des suites de l'évolution de son cancer.

= Il nous apparaît que :

- La recherche du type histologique du cancer gastrique apporte, dans certains cas, une contribution importante au bilan pronostique :

. la découverte d'un épithélioma dimorphe, d'une linite plastique surtout, a une très mauvaise signification.

. De mauvais augure, également, mais peut-être à un moindre degré, est la constatation d'un cancer colloïde.

. Le "cancer superficiel" a, dans l'ensemble, une évolution favorable.

- Il ne nous paraît pas possible de tirer des conclusions pronostiques particulières de la constatation d'un ulcère dégénéré, d'un épithélioma glandulaire différencié, ce dernier représentant la moitié des cas de cancers de l'estomac ; l'évolution en étant tantôt "bonne", tantôt "mauvaise".

C O N C L U S I O N S

Vingt-cinq à trente pour cent des sujets gastrectomisés pour cancer seront toujours en vie cinq ans plus tard.

Dans leur grosse majorité (2 à 3 % seulement de décès ultérieurs), ils peuvent être considérés comme des "guérisons".

Mais ils ne représentent que huit à dix pour cent de ceux chez qui un cancer de l'estomac aura été diagnostiqué.

Nous avons essayé de contribuer à la mise au point du problème des éléments du pronostic de ce cancer après la gastrectomie.

Dans ce but, nous avons utilisé une statistique de 155 interventions, toutes effectuées depuis plus de cinq ans, dont essentiellement 59 gastrectomies partielles et 8 gastrectomies totales de nécessité.

Nous n'avons apporté de conclusions qu'après avoir comparé entre eux les résultats de cette statistique et ceux de nombreuses publications françaises et étrangères.

TROIS ELEMENTS CONNUS AVANT L'INTERVENTION permettent, dans une mesure non négligeable, de préjuger des résultats de la gastrectomie :

- le sexe de l'opéré,
- son âge,
- les signes fonctionnels et généraux.

- Le sexe de l'opéré :

Le pronostic apparaît légèrement meilleur chez la femme.

- Son âge :

C'est entre 50 et 60 ans que les chances de survie apparaissent les plus grandes. De part et d'autre de cette tranche d'âge, les pourcentages de "survies" vont en décroissant. Ils diminuent brutalement au-dessous de 40 ans. Au-dessous de 20 ans, le cancer de l'estomac est extrêmement rare ; mais il existe ; il est pratiquement toujours mortel.

- Les signes fonctionnels :

L'importance d'un diagnostic précoce est une certitude. Mais il faut noter qu'une longue histoire clinique est souvent le fait d'un cancer à évolution lente et n'implique pas, a priori, un cancer très "évolué". Inversement, une histoire clinique "courte" semble être fréquemment en rapport avec un cancer grave à évolution rapide. L'idéal serait de porter le diagnostic au "début d'une évolution lente".

PARMI LES ELEMENTS DU PRONOSTIC APPORTES PAR L'INTERVENTION, nous en placerons TROIS AU PREMIER PLAN :

- les métastases ganglionnaires,
- le degré d'envahissement de la paroi gastrique,
- l'aspect macroscopique de la tumeur.

- Les métastases ganglionnaires :

Elles apparaissent comme l'élément majeur du pronostic : la présence d'adénopathies néoplasiques semble diminuer de deux à trois fois l'espérance de survie d'un opéré.

- Le degré d'envahissement de la paroi gastrique :

Les chances de survie sont importantes tant que la musculeuse n'est pas pénétrée et, a fortiori, tant que la muscularis mucosae est intacte.

Elles décroissent ensuite, l'envahissement de la sous-séreuse constituant une éventualité particulièrement défavorable.

- L'aspect macroscopique de la lésion :

Les résultats les meilleurs sont obtenus dans les cas de cancers végétants.

Les cancers ulcéreux semblent avoir une évolution un peu plus défavorable.

L'évolution des formes infiltrantes diffuses est extrêmement mauvaise.

NOUS PLAÇONS DANS UN AUTRE GROUPE :

- le type histologique du cancer,
- le siège de la tumeur,
- son volume.

En effet, ces trois facteurs évolutifs présentent les caractères communs suivants : ils ont parfois un très grand intérêt pronostique, mais ils laissent assez souvent subsister une marge d'incertitude importante.

- Le type histologique du cancer :

La grosse majorité des "cancers superficiels" ont une évolution très favorable.

La découverte d'un épithélioma dimorphe, d'un cancer colloïde, d'une linite plastique surtout, est de mauvais augure.

Mais, chez la moitié environ des opérés, on retrouve un épithélioma glandulaire différencié dont la signification pronostique semble assez incertaine; il ne nous est pas apparu, en effet, que leur évolution soit plus spécialement favorable ou défavorable.

- Le siège de la tumeur :

Les cancers de l'antre et de l'angle gastrique ou, plus exactement, les cancers situés entre un et six centimètres du pylore, paraissent les plus favorables.

Le pronostic des cancers du cardia, des cancers de la grosse tubérosité, est extrêmement sombre.

Il nous est apparu très difficile d'attribuer une signification pronostique aux autres localisations, étant donné la particulière discordance des résultats dans les diverses statistiques que nous avons utilisées.

- Le volume de la tumeur :

On retrouve un pourcentage élevé de survies lorsque la tumeur était de "petit volume", plus précisément, semble-t-il, lorsqu'elle ne dépassait pas trois ou quatre centimètres dans sa plus grande dimension au moment où fut pratiquée la gastrectomie.

La survie n'est cependant pas impossible dans les cas de cancers "volumineux". Ce n'est qu'en cas de lésions dépassant quinze centimètres que les chances de survie semblent pratiquement inexistantes.

Entre ces deux limites, les dimensions de la tumeur semblent n'influencer que très peu l'évolution.

L'EVOLUTION DECONCERTANTE DES CANCERS

est une notion depuis longtemps bien connue :

Chez certains opérés pour cancer de l'estomac, ils entraîneront rapidement la mort, alors qu'ils semblaient peu "évolués" ; chez d'autres, la gastrectomie aura été pratiquée uniquement parce qu'"en matière de cancer, on n'a rien à perdre à oser" ; or, certains de ces opérés seront toujours en vie au-delà des "cinq ans".

CEPENDANT, il est des éléments connus avant la gastrectomie, et surtout des éléments apportés par cette intervention dont la signification pronostique est favorable ou défavorable. Confronter tous ces éléments, peser leur valeur respective, n'en éliminer aucun, semblent apporter des indications, susceptibles de serrer d'assez près le pronostic du cancer de l'estomac après la gastrectomie.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président
de la thèse,

P. FUNCK-BRENTANO

B I B L I O G R A P H I E

(1)- ALBOT (G.) et GOSSET - Cancer primitif de l'estomac in situ.- Semaine des Hôpitaux de Paris, 26 Février 1943.

(2)- ALLEN (F.R.) et TAYLOR (L.E.) - Carcinoma of the stomach. A statistical review of 78 cases of carcinoma of the stomach from 1940 through 1959.- J. Nat. Med. Ass., 52, 227-39, 1960.

(3)- BARBER (K.W.) et GAGE (R.P.) - Significance of duration of symptoms and size of lesion in the prognosis of gastric carcinoma.- Surg., Gyn., Obs., p. 673-76, Déc. 1961.

(4)- BALLARATI (U.) - Il cancro dello stomaco. Considerazioni statistiche e risultati lontani.- Tumori, 42, 131-46, 1956.

(5)- BARNOLA (P.) - Résultats du traitement du cancer de l'estomac par la gastrectomie subtotale.- Thèse Lyon, N° 225, 1955.

(6)- BELLAVIA (A.) et MANCUSO (N.) - Indicazioni e risultati della una chirurgica del cancro gastrico. (Considerazioni sur 356 casi).- Il policlinico, sez. chir. 63, 43-63, 1956.

(7)- BEREZOV (E.L.) - La résection totale de l'estomac dans les cas de cancer.- Voprosi Onkologii, 3, N° 1, 12-19, 1957.

(8)- BERKSON (J.), WALTERS (W.) - Mortality and survival in cancer of the stomach ; a statistical summary of the experience of the Mayo-Clinic.- Proc. Staf. Meet. Mayo Clinic, 27, 137-51, 1952.

(9)- BLACK (M.M.), OPLER (S.R.) - Microscopic structure of carcinomas and their regional lymph nodes in relation to survival.- Surg., Gyn., Obst., 98, 725-34, 1954.

(10)- BLALOCK (J.) et OSCHNER (A.) - Carcinoma of the stomach. A study of 18 five years survivors.- Ann. Surg., 145, 726-36, 1957.

(11)- BOGOSLAVSKI (R.V.), JOUKOV (B.P.) et BELIK (E. I.) - Cancer gastrique ; expérience d'une clinique chirurgicale.- Voprosi Onk., 7, N° 1, 31-36, 1957.

(12)- BOYCE (F.) - Carcinoma of the stomach ; comparison of three series of surgical cases in large general hospital.- J.A.M.A., 151, 13-20, 1953.

(13)- BROWN (C.H.) et KANE (C.F.) - Carcinoma of the stomach : review of 406 cases see from 1940 to 1945 : operability, resectability and curability.- Gastr. Enter., 22, 67-74 ; discussion pp. 75-79, 1952.

(14)- BROWN (C.H.), MERLO (M.) et HAZARD (J.B.) - Clinical study of 5 years survivors after

surgery for gastric cancer.- Gastr. Enter., 40, 188-94, 1961.

(15)- CAMPIONE (G.) - Risultati degli operati di neoplasia gastrica.- Arc. Ital. Mal. App. Digestif, 21, 290-302, 1955.

(16)- CIMINATA (A.) - Gastrectomia totale per cancro e soprovvivenza.- Minerva Chir. 15, 707-11, 1960.

(17)- CLARKE (J.S.), CRUZE (K.) - The national history and results of surgical therapy for carcinoma of the stomach. An analysis of 250 cases.- Am. J. Surg., 102, 143-52,1961.

(18)- CONTE (M.), CONTE-MARTI et FABLET (J.) - Les différents types histopathologiques de cancers de l'estomac et leur pronostic après gastrectomie.- Arch. Mal. App. digestif, 49, 1141-56, 1960.

(19)- DAREYS (J.C.) - La gastrectomie subtotale et la totale de nécessité dans le cancer de l'estomac (1940-1958).- Thèse de Bordeaux, N° 188, 1958.

(20)- DAUPHIN - Etude de l'opérabilité et de la survie de 166 cas de cancer gastrique.- Thèse Paris, N° 332, 1957.

(21)- DELANNOY (E.), VERHAEGHE (M.) et DEVAMBEZ (J.)- Etude statistique sur 300 cancers de l'estomac.- Lille Chir., 7, 220-6, 1952.

(22)- DESBORDES (P.) - Sur le traitement chirurgical

du cancer de l'estomac.- Thèse Lyon, N° 20, 1954-55.

(23)- DUFRESNE, BAILLARGEON et TREMBLAY - A propos de la linite plastique.- Union Méd. Canada, 1956, 85, 32-36.

(24)- EDERER (F.), CUTLER (S.J.) - Survival of patients with cancer of the stomach, Connecticut 1935-1954.- J. Nat. Cancer, Instit. 25, 1005-21, 1960.

(25)- EKER (R.) et EFSKIND (J.) - The pathology and prognosis of gastric carcinoma.- Acta Chir. Scand. - Suppl. N° 264, 1960.

(26)- FAYARD (C.) - Les suites éloignées de la gastrectomie pour cancer. Eléments de pronostic post-opératoire.- Thèse Lyon, N° 98, 1947/8.

(27)- FISHER (E.R.) et MOERR (S.O.) - The practical valve of histopathological classification of gastric carcinoma. An appraisal based on 100 consecutive cases.- Cancer 8, 389-95, 1955.

(28)- FUNCK-BRENTANO (P.), MORICARD (R.), PALMER (R.) et DE BRUX (J.) - Le diagnostic du cancer du col. L'épithélioma pavimenteux intra-épithélial du col utérin.- Bull. Fédér. Soc. Gyn. et Obst., 1952, 4, N° 1 bis, 80-144.

(29)- FUNCK-BRENTANO (P.) et TUBIANA (R.) - Le cancer de l'estomac dans les deux premières décades de la vie.- Semaine des Hôpitaux de Paris, Mai 1947, Tome 23, N° 8, p. 1171-1193.

(30)- GAMBLE (W.E.) et Mc GEE (Jr.) - Pathological features of carcinoma affecting length of survival after resection.- Quart. Bull. Northwest Univ. Med. School., 26, 36-43,1952.

(31)- GUILLARD (J.) - Les formes anatomo-cliniques et évolutives du cancer de l'estomac.- Thèse Paris, 1948, N° 642.

(32)- GUISS (L.W.) - End results for gastric cancer.- Surg., Gynec., Obst., 93, 313-31, 1951.

(33)- GUTGEMAN (A.) - Totale gastrektomie beim magenkarcinom. Chirur., 23, 474-484, 1952.

(34)- GUTMANN (R.A.) et BERTRAND (I.) - Le cancer muco-érosif à marche lente.- Presse Médicale, 1938, t. 46, p. 814-817.

(35)- GUTMANN (R.A.), BERTRAND (I.) et PERISTIANI (Th.J.) - Les cancers de l'estomac au début. 1939, Doin, éditeur.

(36)- GUTMANN (R.A.) - Diagnostic précoce du cancer gastrique.- Presse Médicale, 1945, T. 53, N° 12, p. 150-57.

(37)- GUTMANN (R.A.) - Les diagnostics du cancer de l'estomac.- Doin, éditeur, Paris, 1956 (Cf. p. 200-3).

(38)- GUTMANN (R.) - Evolution du cancer gastrique.- Bull. Acad. Nat. Méd., 1956, 140, 445-446.

(39)- HARVEY (M.D.) et STOUT (A.P.) - Gastric carci-

noma. Experience from 1916 to 1949 and present concepts.- Cancer, 4, 717-25, 1954.

(40)- HEITZ (J.) - La gastrectomie totale dans le traitement du cancer de l'estomac. (Réflexions à propos de 80 cas).- Lyon Chir. 52, 345-56, 1956.

(41)- HENRY (E.) et MONTIES (J.) - Le pronostic de la gastrectomie totale de nécessité pour cancer. A propos de 25 cas.- Marseille Chir., II, p. 395-400, 1959.

(42)- HILLEMAND et NARDI - A propos de cancers gastriques à évolution lente en surface. Cancers muco-érosifs et muco-infiltrants.- Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., 1954, 70, 1047-1054.

(43)- HOFSTETTER (J.) et MOSIMANN (R.) - Résultats immédiats et tardifs de la gastrectomie totale pour cancer de l'estomac.- Gastro-enterologia, 93, 193-210, 1960.

(44)- ILLOUL (G.) - Contribution à l'étude des ulcères gastriques transformés.- Thèse Toulouse, N° 94, 1958.

(45)- JAUFFRET - Contribution à l'étude des cancers de la grosse tubérosité gastrique.- Thèse Paris, N° 212, 1958.

(46)- KATAMI (J.) - Late results of 435 cases of ordinary gastric resection for cancer, with special reference to relation between results and histopathologic findings.- Tohoku J. Exp. Med. 62, 117-27, 1955.

(47)- KITAMURA (J.) et KOJIMA (R.) - Studies on metastatis of gastric carcinoma. A clinico-pathologic classification of gastric carcinoma.- Acta Path. Jap. II, 15-30, 1961.

(48)- KLASS (A.Q.) - Carcinoma of the stomach. Case for total gastrectomie.- Canadian Med. Ass. Journal, 68, 350-3, 1953.

(49)- LAHEY (F.H.) et MARSHALL(S.F.) - Should total gastrectomy be employed in early carcinoma of the stomach.- Ann. Surg. 132, 540-60, 1950, discussion p. 561-5.

(50)- LAMBLING (A.) et SOULLARD - Le comportement du cancer de l'estomac.- Arc. Mal. App. Dig. 1947, T. 36, N° 78, p. 374-81.

(51)- LAMBLING (A.) et GUILLARD (J.) - Les deux formes évolutives du cancer gastrique.- Arc. Mal. App. Dig., 1948, T. 37, N° 9-10, p.661-689.

(52)- LAWRENCE (W.J.) et Mc NEER (C.) - An analysis of the role of radical surgery for gastric cancer.- Surg., Gyn., Obst., III, p. 691-6, 1960.

(53)- LE ROY (A.), BLANC (P.) et CRESSON (M.) - Statistique intégrale de 200 interventions pour cancer de l'estomac.- Rap. Acad. Chir., Séance du 5-2-1958, in Mém. Acad. Chir. 84, p. 851-65, 1958.

(54)- LESBRES (F.X.) - Etude statistique de 400 observations de cancer gastrique. Durée de survie des malades opérés ou non.- Thèse

Lyon, N° 189, 1957.

(55)- LEWIN (E.) - Gastric cancer, a clinical study with reference to total gastrectomy and microscopic grading.- Acta Chir. Scand., Sup. N° 262, 1960.

(56)- LEFEVRE (H.) et LORTAT-JACOB (J.L.) - Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac.- Rapport au 53me Congrès de Chirurgie, 1 vol., 172 p., Paris, 1950.

(57)- LORTAT-JACOB (J.L.) - Les récidives locales du cancer de l'estomac.- Semaine des Hôpitaux, 28, 2239-44, 1952.

(58)- LORTAT-JACOB (J.L.) et RICHARD (C.A.) - Où en est la chirurgie du cancer de l'estomac ? Revue du Praticien, T. VII, N° 32, p. 3573-77, 1957.

(59)- MAIMON (S.N.) et PALMER (W.L.) - Prognosis in gastric cancer, a study of five years survivor.- Am. J. Med., 5, 230-6, 1948.

(60)- MARSHALL (S.F.) - Treatment of cancer of the stomach : end resultats.- Gastro-enter. 34, 34-6, 1958.

(61)- MARSHALL (S.F.) et ADAMSON (N.E.) - Carcinoma of the stomach ; follow-up results in a serie of 1708 patients.- Surg., Clin. N. America, 39, 703-10, 1959.

(62)- MARSHALL (S.F.) et URAM (H.) - Total gastrec-

tomy for gastric cancer : affect upon mortality, morbidity and curability.- Surg., Gyn., Obst., 99, 657-75, 1954.

(63)- MASSA (J.) - Le petit cancer de l'estomac.- Masson, édit., Paris, 1961 (Cf. p. 84-92).

(64)- Mc DONALD (I.) et KOTIN (P.) - Biologic predetermination in gastric carcinoma as the limiting factor of curability.- Surg., Gyn., Obst. 98, 148-52, 1954.

(65)- Mc NEER (G.) et VANDENBERG (H.) - A critical evaluation of subtotal gastrectomy for cure of cancer of the stomach.- Ann. Surg., 134, 2-7, 1951.

(66)- MOORE (J.R.) et MORTON (N.S.) - Gastric carcinoma : a statistical review of 427 cases of cancer of the stomach from 1941 throughout 1950.- Ann. Surg., 141, 185-92, 1955.

(67)- MOORE (G.E.) et STATE (D.) - Carcinoma of the stomach, validity of basing prognosis upon Borrmann typing or presence of metastasis.- Surg., Gyn., Obst., 87, 513-18, 1948.

(68)- MOUCHET (A.) et MARQUAND (J.) - Etude statistique intégrale de 324 cancers de l'estomac opérés.- Com. Acad. Chir., 1959, In Mém. Acad. Chir. 85, 839-52, 1959.

(69)- MOUCHET (A.) et MARQUAND (J.) - La gastrectomie totale dans le cancer de l'estomac. (Etude statistique de 140 gastrectomies totales).- Arc. Mal. App. Digestif, 49, 518-34, 1960.

(70)- NAKAYAMA (K.) - A propos de 3.000 cas environ de carcinome de l'oesophage et du cardia. (En allemand) - Lang. Arch. Klin. Chir. 295, 81-90 et 157-9, 1960.

(71)- NEMYRIA (A.N.) - Résultats éloignés du traitement du cancer gastrique et les méthodes utilisées pour leur calcul.- Vop. Onkol. 7, 8-14, 1961.

(72)- OLSSON (O.) et WESTERBORN (A.) - The results of treatment of gastric cancer ; 15 years experience with 201 resections.- Acta Chir. Scand., III, 1-15, 1956.

(73)- PACK (G.T.) et Mc NEER (G.) - End results in the treatment of cancer of the stomach.- Surgery, 24, 769-78, 1948.

(74)- PATEL (J.), NARDI (C.) et LATASTE (J.) - Apport critique des résultats de 412 gastrectomies.- Arch. Mal. App. Digestif, 47, N° 3, 101-12, 1958.

(75)- PESTEL (M.) - La chimiothérapie cancéreuse a-t-elle sa place dans le traitement du cancer de l'estomac.- Revue du Praticien, T. VII, N° 32, p. 3579-81.

(76)- PEYCELON (R.), REPLUMAR (P.) et CHARNY (P.) - Statistique de la gastrectomie subtotale pour cancer.- Lyon Chir., 50, 788-96, 1955.

(77)- POTET (F.) - Le cancer superficiel de l'estomac (localisé à la muqueuse).- Thèse Paris, N° 251, 1961.

(78)- RAKOV (A.I.) - Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'estomac et leurs facteurs déterminants.- Khirurgia 37, N° 6, 28-33, 1961.

(79)- RIBEIRO (E.B.) - Consideracoes sobre 299 casos de cancer no estomago.- Anaïs Paul Med. Cir. 79, 357-67, 1960.

(80)- ROUGERIE - Contribution à l'étude de l'estomac opéré.- Thèse Paris, N° 433, 1956.

(81)- ROUSSEAU (G.) - Les tumeurs pédiculées endogastriques ; tumeurs bénignes, cancers primitifs. Thèse Paris, 1945.

(82)- SAMSON (E.) - Quelques aspects du cancer du tube digestif.- Laval Médical, 31, 5, 627-31, 1961.

(83)- SCHINDLER (R.) - Relative surgical curability of certain gross types of gastric carcinoma.- Surg., Gyn., Obst., 83, 453-61, 1946.

(84)- SHAHON (D.B.) et HOROWITZ (S.) - Cancer of the stomach ; an analysis of 1152 cases.- Surgery, 39, 204-21, 1956.

(85)- SHIBANOVA (E.G.) - Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer gastrique. (En russe) - Sov. Med., 8, 66-9, 1960.

(86)- SIGUIER - Résultats de la gastrectomie dans le cancer gastrique.- Thèse Lyon, N° 1, 1959.

(87)- STEINER (P.E.) et MAIMON (S.N.) - Gastric cancer ; morphological factors in 5 years survival after gastrectomy.- Am. J. Pathol. 24, 947-69, 1948.

(88)- STEINGRABER (M.) - Operation mortalität und Uberlebemdauer nach due gastrektomie.- Zentralb. Chir. 79, 1089-95, 1954.

(89)- THOMAS (W.D.) et WAUGH (J.M.) - Prognosis of gastric carcinoma, effect of extent of resection.- Arc. Surg., 62, 847-55, 1951.

(90)- TOLIO (A.) et CERRINI (L.) - Risultati del trathamento chirurgico nel cancro gastrico.-

(91)- TONELLI (L.) et FAVACCHIO (G.) - Studio dei fattori morfologici connessi con la sopravvivenza oltri i 5 anni sall'intervento sul carcinoma gastrico.- Il policlinico sez chir. 59, 64-105, 1952.

(92)- TRAPEZNIKOV - Results of surgical treatment of cancer of stomach, - British Med. Jour., Vol. 2, 857-9, 1959.

(93)- de VERNEJOUL et GASTAUD - Résultats fonctionnels de la gastrectomie totale.- Gazette des Hôpitaux, 1957.

(94)- VOLYNSKII (I.M.) - Résultats immédiats et éloignés de la résection gastrique pour cancer. (En russe) - Vop. Onkol., 6, N° II, 99-101, 1960.

(95)- WALTERS (W.) et BERKSON (J.) - Five, ten, fif-

teen and twenty years cures of carcinoma following partial gastrectomy.- Collet. Pap. Mayo Clin., 39, 20-52, 1947.

(96)- WANGENSTEEN (O.H.) - The effectiveness of surgery in the management of alimentary tract cancer with special reference to the stomach and colon.- Bull. N.Y. Acad. Med. 31, 733-45, 1955.

(97)- WEISS (A.G.) et HOLLENDER (L.) - Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de l'estomac d'après 433 cas.- Acta Gastr.-ent. Belg. 13, 931-47, 1950.

(98)- WOIMANT (B.) - Les sarcomes primitifs de l'estomac.- Thèse Paris, N° 658, 1951.

TABLE DES MATIERES

Page

I - INTRODUCTION 1

II - OBSERVATIONS 5

1)- Survies de plus de cinq ans 7

2)- Décès dans les suites opératoires immédiates 23

3)- Décès en deçà de cinq ans 31

III - LES RESULTATS DE LA GASTRECTOMIE POUR CANCER 57

IV - LES ELEMENTS DU PRONOSTIC 69

1)- Les éléments connus avant la gastrectomie 70

- L'âge de l'opéré 70
- Le sexe de l'opéré 75
- Examen du malade et pronostic .. 76

2)- Les éléments du pronostic apportés par la gastrectomie 80

- La localisation du cancer 80
- Aspect macroscopique de la lésion et pronostic 86

- Valeur pronostique des dimensions de la tumeur 88

- Intérêt pronostique de l'envahissement ganglionnaire 90

- Envahissement de la paroi gastrique et pronostic 92

- Intérêt pronostique du type histologique de la tumeur 96

V - CONCLUSIONS 105

VI - BIBLIOGRAPHIE 111